



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Afasiapotilaan hoitotyön suosituksia

Alajoki, Sanna
Pitkäkangas, Mikko

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Afasiapotilaan hoitotyön suosituksia

Sanna Alajoki
Mikko Pitkäkangas
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2016

Sanna Alajoki & Mikko Pitkäkangas

Afasiapotilaan hoitotyön suosituksia

Vuosi	2016	Sivumäärä	45
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyö on osa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikan klinisiä hankkeita 2016, jonka tavoitteena oli kehittää neurologisen potilaan hoitotyötä. Koska hoitajille ei ole olemassa virallisia suosituksia afasiapotilaan hoitotyöstä ja tarjolla on vähän koulutusta aiheesta, katsottiin tarpeelliseksi koota yhteen afasiapotilaan hoitotyön suosituksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja koota yhteen afasiapotilaan hoitotyön suosituksia ja tavoitteena oli tuottaa tietoa näistä suosituksista. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä oli: millaisia hoitotyön suosituksia on afasiapotilaan hoidosta?

Opinnäytetyö on muodoltaan kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön aineisto pohjautuu tutkimuksiin ja alan kirjallisuuteen vuosilta 2005-2016 sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) klinisten asiantuntijoiden tietämykseen. Aineiston pohjalta koottiin yhteen yhdeksän afasiapotilaan hoitotyön suositusta. Suositukset käsittelevät hoitajan ja puheterapeutin yhteistyötä, afasian seulontaa, puhetta tukevien ja korvaavien kommunikaatiokeinojen sekä kommunikoinnin apuvälineiden käyttöä, kommunikointimahdollisuuksien lisäämistä sekä keskustelukumppanien ohjaamista ja ottamista mukaan kuntoutukseen. Lisäksi suosituksissa käsitellään tiedon antamista, kulttuurin ja kielen huomioimista sekä seksuaaliterveyden tukemista.

Opinnäytetyön pohjalta voidaan päätellä, että afasian varhainen diagnosointi on tärkeää, jotta asianmukainen hoito päästään aloittamaan aikaisessa vaiheessa ja kuntoutumisennuste on parempi. Akuuttihoitoa ja varhaiskuntoutusta tulee tehostaa, missä rutiininomainen afasiaseulonta kaikilta aivoinfarktipotilailta on hyödyllistä. Opinnäytetyöhön kootuista suosituksista voi olla hyötyä afasiapotilaan hoitotyön toteuttamisessa sekä kehittämisessä ja ne voivat tukea sitä, että afasiapotilaat saisivat kaikkialla laadullisesti yhtä hyvää hoitoa.

Ensimmäisenä kehitysehdotuksena afasiapotilaan hoitotyöhön jatkossa on afasiaseulojen suomentaminen ja niiden käyttöön ottaminen, jotta afasia tunnistetaan varhain ja puheterapia päästään aloittamaan aikaisessa vaiheessa. Toisena kehitysehdotuksena on kehittää potilaan ja hoitajan välistä keskustelua mahdollisimman hyvin palveleva, kuvista ja sanoista koostuva kommunikoinnin apuväline yhteistyössä hoitajien ja puheterapeutin kanssa. Kolmantena kehitysehdotuksena on koulutuksen lisääminen uusille neurohoitajille afasiapotilaan hoitotyöhön, koska sitä ei kovinkaan paljoa käsitellä sairaanhoitajakoulutuksessa. Neljäntenä kehitysehdotuksena on virallisten afasiapotilaan hoitotyön suositusten laatiminen näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseksi.

Asiasanat: afasia, hoitotyön suositus, neurologia, neurokirurgia

Sanna Alajoki & Mikko Pitkäkangas

Best practice recommendations for the aphasia patient's care

Year	2016	Pages	45
------	------	-------	----

The thesis is part of the clinical projects in the Department of Neurosurgery at Helsinki University Central Hospital in 2016 having an aim to improve the care of the neurological patient. Because there are no official recommendations for the aphasia patient's care and there is only little education about the subject it was considered necessary to create the best practice recommendations for the aphasia patient's care. The purpose of this thesis was to study and create the best practice recommendations for the aphasia patient's care and the aim was to produce information about these recommendations. This study discusses what kind of best practice recommendations there are for the aphasia patient's care.

This thesis is a literature review. The data consisted of selected research papers and literature published between the years 2005-2016 as well as the expertise of the clinical professionals of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). Based on the data nine best practice recommendations for the aphasia patient's care were created. The recommendations discuss co-operation between a nurse and a speech therapist, aphasia screening, use of communication methods that support and replace speech and communication tools, adding communicating opportunities and guidance of communicating partners and involving them as part of the rehabilitation process. In addition the recommendations deal with providing information, taking into account culture and language as well as supporting sexual health.

The results show that an early diagnosis of aphasia is important so that a proper treatment is begun in the early stages and the rehabilitation outcome is better. Acute care and early rehabilitation must be intensified where routine aphasia screening of all stroke patients is beneficial. The recommendations gathered in this thesis can be useful in implementation and development of the aphasia patient's care and they can support that aphasia patients receive quality care everywhere.

The first development proposal for the aphasia patient's care in the future is to translate the selected aphasia screens into Finnish and to put them to use so that aphasia is recognized early and language therapy is begun at an early stage. The second development proposal is that nurses and speech therapists develop together a communication tool which includes pictures and words and serves the conversation between a patient and a nurse in the best possible way. The third development proposal is to provide more education for new neurological nurses about the aphasia patient's care because it is a topic that is not dealt so much in the curriculum of the degree programme in nursing. The fourth development proposal is to create official best practice recommendations for the aphasia patient's care that they act as the base for evidence-based care work.

Keywords: aphasia, best practice recommendation, neurology, neurosurgery

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Afasia	7
2.1	Afasian oireet ja syyt	7
2.1.1	Aivoverenkiertohäiriö	9
2.1.2	Aivovamma	10
2.2	Afasian kuntoutus ja seulonta	10
2.2.1	LAST (Language Screening Test)	12
2.2.2	ART (Aphasia Rapid Test)	13
2.3	Afasian ehkäisy	14
3	Afasiasta kärsivän neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	18
5	Opinnäytetyön toteutus	18
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	18
5.2	Tiedonhaku	18
5.3	Sisällönanalyysi	19
6	Tulokset	20
7	Pohdinta	23
7.1	Eettisyys	24
7.2	Luotettavuus	24
7.3	Tulosten tarkastelu	25
7.4	Johtopäätökset ja kehitysehdotukset	26
	Lähteet	28
	Taulukot	32
	Liitteet	33

1 Johdanto

Afasia on aivovauriosta johtuva kielellinen häiriö, joka ilmenee vaikeutena ymmärtää ja tuottaa puhuttua tai kirjoitettua kieltä (Aivoliitto a; Atula 2015a). Afasia heikentää niin toimintakykyä kuin suoriutumista viestinnässä ja pahimmissa tapauksissa eristää afasiasta kärsivän läheisistään kaventaen sosiaalista verkostoa (Aivoliitto 2016). Afasiasta kärsiviä on Suomessa arviolta 16 000-17 000 (Aivoliitto 2013). Yleisin syy afasiaan on aivoverenkiertohäiriöt (Atula 2015a), joihin sairastuu vuosittain 24 000 suomalaista (Kaste ym. 2015a) ja heistä kolmannes kärsii afasiasta (Aivoliitto 2013). Joka vuosi 15 000-20 000 suomalaista saa aivovamman ja vaikean aivovamman saaneista 11 % kärsii afaattisista oireista (Käypä hoito 2008).

Aivoverenkiertohäiriöiden ollessa kolmanneksi kallein kansantautimme myös afasia on taloudellisesti merkittävä yhteiskunnallemme. Vuosittain aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoon kuluukin 1,1 miljardia euroa, joka kattaa 7 % terveydenhuollon kokonaismenoista. Hoitopäiviä puolestaan erikoissairaanhoidossa kuluu 260 000 ja perusterveydenhuollossa 1 500 000 joka vuosi. (Aivoliitto 2013.) Afasiapotilaat toipuvat useimmiten heikommin ja tarvitsevat yleensä pidempää laitoshoidoa kuin aivoverenkiertohäiriökuntoutujat, joilla afasiaa ei ole (Aivoliitto 2016). Lisäksi Aivoliiton (2013) mukaan aivoverenkiertohäiriöpotilaille tarvitaan vähintään 100 uutta vuodeosastoa vuoteen 2020 mennessä, mikäli ennaltaehkäisyä, akuuttihoitoa ja varhaiskuntoutusta ei tehosteta nykyisestä. Suomessa puheterapeuttisen kuntoutuksen tarpeessa on vuosittain arviolta 1 200 uutta afasiapotilasta ja he ovatkin suurin yksittäinen potilasryhmä puheterapeuttien aikuisikäisistä asiakkaista (Harmsen 2015).

Afasiaa sivutaan jonkin verran aivoinfarktin ja TIA:n sekä aivovamman Käypä hoito -suosituksissa (Käypä hoito 2008; Käypä hoito 2016), mutta suoranaisesti afasiaan liittyviä virallisia hoitosuosituksia ei Suomesta löydy (Klippi, Sellman, Heikkinen & Laine 2012). Maailmanlaajuisesti on olemassa monia aivoinfarktin ja myös afasian hoitosuosituksia, mutta osa niistä on menetelmiltään huonolaatuisia, vanhentuneita tai ne eivät tarjoa suosituksia suoranaisesti afasian hoitoon (Shrubsole, Worrall, Power & O'Connor 2016). Tällä hetkellä ei ole näyttöön perustuvaa hoitotyön ohjeistusta afasiapotilaan hoitoon, jota olisi tehty sairaanhoitajille (Poslawsky, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdóttir 2010, 18). Kuitenkin esimerkiksi Australiassa on viime vuosien aikana muodostettu afasian hoitosuositukset (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014), mutta niistäkin suurin osa käsittelee afasian hoitoa vain puheterapeutin näkökulmasta.

2 Afasia

Afasia on jo kehittyneen kielellisen kyvyn häiriötila, jossa puheen ymmärtäminen ja tuottaminen sekä kirjoittaminen ja lukeminen ovat häiriintyneet. Häiriön taustalla on yleensä aivoverenkiertohäiriön aiheuttama vasemman aivopuoliskon aivokudoksen vaurio. Kielellisten toimintojen häiriön laatu ja vakavuus riippuu aivovaurion sijainnista, sairauden kestosta sekä sairauteen johtaneista syistä. (Hokkanen ym. 2014.) Afasian ilmeneminen vaihtelee sanojen löytämisen vaikeuksista täydelliseen puhumattomuuteen ja ymmärtämisen vaikeuteen ja afasia lievimmilläänkin heikentää huomattavasti potilaan ja hänen omaistensa elämänlaatua. Suomessa vuosittain puheterapeutin kuntoutuksen tarpeen piiriin tulee noin 1200 uutta afasiasta kärsivää potilasta. (Harmsen 2015.)

Dysfasia sekoitetaan välillä afasiaan ja lievää afasiaa kutsutaan usein dysfasiaksi, vaikka dysfasia on synnynnäinen kielellisen kehityksen vaikeus. Afasiasta luetaan pois myös toisarvoisista syistä johtuvat kielen vastaanottamisen ja tuottamisen häiriöt, kuten kuulon alentuma sekä dysartria (Hokkanen ym. 2014) eli puheen motorinen häiriö (Aivoliitto b).

2.1 Afasian oireet ja syyt

Afasiat ovat jaoteltavissa sujuviin ja sujumattomiin afasioihin. Sujuvassa afasiassa potilaan puhe kuulostaa sujuvalta ja on runsasta tilanteeseen nähden. Puhe voi olla sisällöltään vaikeasti ymmärrettävää, se sisältää vääriä sanoja ja sanavalintoja sekä kerronta poukkoilee ja on epäjohdonmukaista. Lisäksi puheen ymmärtämisen kanssa on usein vaikeuksia. (Aro-Pulliainen 2013, 7; Harmsen 2015.) Sujumattomassa afasiassa potilaan puhe taas on hidasta ja takeltelevaa, mutta puheen ymmärtäminen on usein huomattavasti sujuvampaa (Harmsen 2015). Sujumattomasta afasiasta kärsivän potilaan on vaikea saada sanottua sanoja, puhe on epäröivää ja se sisältää korjauksia sekä lisääntyneitä taukoja. Puhe vaatii myös tavallista enemmän ponnistelua ja se muistuttaa ”sähkösanomakieltä”. (Aro-Pulliainen 2013, 7.) Afasia ei haittaa ainoastaan kielenkäyttöä, vaan se vaikeuttaa myös symbolisten järjestelmien, kuten ajan hahmottamista (Harmsen 2015). Afasiapotilas voi hyvinkin osata käyttää ilmeitä, eleitä sekä äänensävyjä jokapäiväisessä elämässä. On hyvä muistaa, että puhehäiriöstä huolimatta afasiapotilaan älykkyys ja ajattelu voivat olla normaalilla tasolla. (Harmsen 2015; Atula 2015a.)

Useasta afasialuokasta huolimatta päätyypit ovat keskenään hyvin samanlaisia ja vain kolmasosa potilaista sopii puhtaasti johonkin alaluokkaan. Luokitus antaa kuitenkin hyvän vertailukohdan, mihin verrata potilaan oireita. Afasian pääluokkien lisäksi on olemassa myös täysin puhtaita afasioita, joissa potilas voi olla täysin puhumaton, jolloin kyse on afemiasta. Sanakuuroudesta kärsivä taas ei hahmota mitään kuulemaansa ja puhtaassa aleksiassa häiriö rajoittuu yksittäisten kirjainten, sanojen tai tekstin lukuvaikeuteen. Puhdas agrafia taas koskee vain kirjoituksen tuottamista. (Hokkanen ym. 2014.)

Tyyppi	Puheen tuottaminen	Puheen ymmärtäminen	Nimeäminen	Toistaminen
Täydellinen afasia	Sujumaton	Vaikeasti heikentynyt	Vaikeasti heikentynyt	Vaikeasti heikentynyt
Motorinen afasia (Brocan afasia)	Sujumaton	Normaali tavallisessa keskustelussa	Lievästi heikentynyt	Heikentynyt
Transkortikaalinen motorinen afasia	Sujumaton	Normaali tavallisessa keskustelussa	Lievästi heikentynyt	Normaali
Sensorinen afasia (Wernicken afasia)	Sujuva (sanavääritymiä)	Vaikeasti heikentynyt	Vaikeasti heikentynyt (sanavääritymiä)	Vaikeasti heikentynyt (sanavääritymiä)
Konduktioafasia	Sujuva (sanavääritymiä)	Normaali tavallisessa keskustelussa	Heikentynyt (sanavääritymiä)	Vaikeasti heikentynyt (sanavääritymiä)
Anominen afasia	Sujuva	Normaali tavallisessa keskustelussa	Vaikeasti heikentynyt	Normaali
Transkortikaalinen sensorinen afasia	Sujuva (sanavääritymiä)	Vaikeasti heikentynyt	Vaikeasti heikentynyt (sanavääritymiä, irrelevantteja vastauksia)	Normaali
Jäännösafasia	Sujuva	Normaali tavallisessa keskustelussa	Usein lievästi heikentynyt	Normaali

Taulukko 1: Afasialuokat (Hokkanen ym. 2014)

Afasia johtuu aivojen kielellisen alueen vauriosta (Aro-Pulliainen 2013, 3; Hokkanen ym. 2014), joka voi olla esimerkiksi aivoverenkiertohäiriön (Atula 2015a) eli aivoinfarktin tai aivoverenvuodon (Atula 2015b), aivovamman (Palomäki & Koskinen 2008), muistisairauden (Sulka 2016) tai enkefaliitin eli aivokuumeen (Seppänen & Peltola 2011) aiheuttama. Pääasiallisesti afasia on aivoverenkiertohäiriöistä johtuvaa (Aro-Pulliainen 2013, 3) ja useampi kuin joka kymmenes vaikean aivovamman saanut kärsii afasiasta (Käypä hoito 2008). Afasian syistä käsitellään seuraavaksi aivoverenkiertohäiriötä ja aivovammaa niiden yleisyyden vuoksi.

2.1.1 Aivoverenkiertohäiriö

Aivoverenkiertohäiriöt ovat luokiteltavissa kahteen kategoriaan: iskemiaan eli aivokudoksen verettömyyteen sekä hemorragiaan, joka tarkoittaa paikallista aivovaltimon verenvuotoa. Koska keskushermosto vaatii jatkuvasti glukoosia ja happea toimiakseen, johtavat verenkiertohäiriöt aivoissa nopeasti pysyviin vaurioihin. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu Suomessa vuosittain noin 24 000 henkilöä, joista neljäsosa on työikäisiä. Sen seurauksiin kuolee Suomessa vuosittain noin 5 000 henkeä, kun maailmanlaajuisesti lukema on jopa 6 miljoonaa ihmistä. Sen lisäksi, että sairauten kuolleisuus on korkea, aiheuttavat aivoverenkiertohäiriöt laadullista elinvuosien menetystä enemmän kuin mikään muu sairaus. Tämä johtuu siitä, että jopa puolelle sairastuneista jää pysyviä haittoja tapahtumasta. Noin 70 % aivoverenkiertohäiriöstä selvinneistä potilaista kuitenkin selviää jatkossa kotonaan ja viidesosa pystyy palaamaan takaisin työelämään. (Kaste ym. 2015a.)

Iskeemiset aivoverenkiertohäiriöt luokitellaan kahteen pääluokkaan: aivoinfarkteihin ja TIA-kohtauksiin. Aivoinfarktin kliininen määritelmä on ”kehittyvä oire ja/tai löydös, joka viittaa paikalliseen tai yleistyneeseen aivojen toimintahäiriöön, kun sen kesto on enemmän kuin 24 tuntia tai kun oireisto johtaa kuolemaan tätä lyhyemmässä ajassa ilman viitettä tai osoitusta muusta kuin verenkiertoperäisestä syystä”. (Kaste ym. 2015b.) TIA puolestaan on kohtausmainen aivoverenkiertohäiriö, joka tyypillisesti kestää vain 2-15 minuuttia eikä jätä pysyvää kudosaauriota. Lyhytkestoisetkin oireet ovat kuitenkin usein liitettävissä tuoreeseen aivoinfarktiin ja oireiden kestosta huolimatta tulisi hakeutua pikaisesti hoitoon. (Kaste ym. 2015b; Käypä hoito 2016.)

Yleisin aivoinfarktin syy on aortasta, sydäimestä tai läheisestä valtimoahtaumasta lähtenyt aivovaltimotukos, joka aiheuttaa iskemiaa eikä riittävää kudospeserfuusiota synny (Kaste ym. 2015b) eli kudoksiin ei virtaa riittävästi verta (Terveyskirjasto a). Joskus kyse voi olla koko aivoverenkierron hetkellisestä pysähtymisestä. Iskeemisen aivoverenkiertohäiriön oireet ovat moninaiset, mutta tavallisimpiin oireisiin luetaan muun muassa lihasheikkous, puheen vaikeutuminen, silmän tai näkökentän näköhäiriöt, kaksoiskuvat, ataksia (Kaste ym. 2015b) eli tahdonalaisten lihasten koordinoinnin ongelmat (Rinne 2003), tuntohäiriöt, kiertoahuimaus, hahmotushäiriöt, dyspraksia (Kaste ym. 2015b) eli motoristen toimintojen kömpelyys (Dyspraxia Foundation) sekä nielemisvaikeudet (Kaste ym. 2015b).

Aivovaltimovuoto on aivovaltimon repeämästä aiheutuvaa verenvuotoa, joka on jaoteltavissa aivoverenvuotoon, jolloin aivovaltimo vuotaa aivokudokseen sekä aivokalvon alaiseen vuotoon, jolloin vuoto tapahtuu aivokalvon alaiseen tilaan. Aivoverenvuoto on usein seurausta pitkäaikaisesta verenpainetaudista, joka lisää mikroaneurysmia (Kaste ym. 2015c; Mustajoki 2015), eli pienien hiusverisuonien paikallisia pullistumia (HUS a) aivojen ohuissa valtimoissa. Mikroaneurysmien lisäksi verisuonten seinämissä esiintyy fibrinoidia degeneraatiota (Kaste

ym. 2015c) eli sidekudoksen rappeutumaa (Teppo 2012). Riskiä sairastua aivoverenvuotoon lisäävät myös verisairaudet, hyyttymishäiriöt (Kaste ym. 2015c), antikoagulaatiohoito eli verenohennuslääkehoito (Mustajoki & Ellonen 2015), arteriovenoosit malformaatiot (Kaste ym. 2015c), eli aivoissa esiintyvä valtimon ja laskimon epänormaali yhteys, johon liittyy vuoto-vaara (Terveyskirjasto b) sekä aivokasvaimet ja aivovammat. Aivokalvon alainen vuoto taas on seurausta valtimoseinämän rakenneheikkoudesta, joka on joko synnynnäisestä epämuodostumasta johtuvaa tai osittain hankittua. Valtimoseinän heikentymään muodostuu ajan mittaa aneurysma eli verisuonen pullistuma, jonka puhkeamisesta seuraa vuotoa. Suurin yksittäinen riskitekijä aneurysmalle on tupakointi ja aneurysman puhkeamiselle alkoholi. (Kaste ym. 2015c; Mustajoki 2015.)

2.1.2 Aivovamma

Aivovamma on tapaturman aiheuttama aivokudoksen vaurio, joka syntyy päähän kohdistuneesta iskusta. Tämä koskettaa vahvasti suomalaisia, sillä noin 15 000-20 000 saa vuosittain aivovamman, joista puolet on 15-34 -vuotiaita. Noin 65 % aivovammoista syntyy kaatumis- ja putoamistapaturmissa, viidesosa liikenneonnettomuuksissa, 5 % väkivallan seurauksena ja loput sekalaisista syistä. (Aivovammaliitto; Käypä hoito 2008.) Aivovamman jälkeisistä pysyvistä tai pitkäaikaisista oireista taas kärsii jopa 100 000 ihmistä. Aivovammaan liittyy kiinteästi trauman aikaansaama muistin ja tajunnan menetys, henkisen toimintakyvyn muutos vammautumisen yhteydessä, luonteeltaan ohimenevä tai pysyvä neurologisen oire tai löydös, tai aivojen kuvantamistutkimuksissa todennettava vammamuutos. (Aivovammaliitto.) Aivovamma voi aiheuttaa monenlaisia oireita, kuten vaikeutta ymmärtää sanatonta viestintää ja löytää sanoja (Aro-Pulliainen 2013, 3). Afaattisista oireista kärsiikin noin 11 % vaikean aivovamman saaneista (Käypä hoito 2008).

2.2 Afasian kuntoutus ja seulonta

Suomessa puheterapeuttisen kuntoutuksen tarpeessa on vuosittain arviolta 1 200 uutta afasiapotilasta. Afasiasta kärsivät henkilöt ovatkin suurin yksittäinen potilasryhmä puheterapeuttien aikuisikäisistä asiakkaista. (Harmsen 2015.)

Kaikista aivovauriopotilaista tulisi tehdä lähete puheterapeutille, jotta hän voisi arvioida potilaan kommunikaatiotaidot (Australian Aphasia Rehabilitation Pathway). Puheterapeutti tekee aluksi kielellisiä toimintoja kartoittavia diagnostisia testejä sekä toiminnallista toimintakykyä mittaavia tutkimuksia, joiden pohjalta selviää häiriön luonne ja vaikeusaste. Testien pohjalta selviää myös säilyneet taidot ja kommunikaation tukena olevat toiminnot sekä niiden toimivuus. Arviointi toteutetaan seuraamalla potilaan toimintaa kommunikointitilanteissa sekä

haastatteluin. Testien ja kartoitusten pohjalta määräytyy itse hoito, jolla pyritään ehkäisemään, lievittämään sekä poistamaan ilmenneitä kielellisiä häiriöitä kuntoutuksen kautta. (Harmsen 2015; Atula 2015a.)

Puheterapian tavoitteet ovat yksilölliset, mutta päätavoitteena on aina tukea afasiapotilaan vuorovaikutustaitoja, jotta hän pystyisi paremmin ymmärtämään itseään koskevaa tietoa ja kykenisi osallistumaan omaa elämää koskeviin päätöksentekotilanteisiin. Kielellinen kuntoutus on kaiken pohjana, minkä jälkeen painopiste siirtyy ryhmäterapiaan ja afasiapotilaan elämässä aktiivisesti mukana olevan ihmisen ohjaamiseen. Näin terapiassa tulee käytettyä sekä suoria, että epäsuoria terapiamuotoja. (Harmsen 2015.) Terapian seurauksena potilaan ymmärtämis- ja puhekyky palautuu osittain, joskus jopa täysin, mutta toipumiseen vaikuttaa suuresti afaattisen tilan vaikeusaste. (Atula 2015a.)

Aivoinfarktin jälkeisen mahdollisen afasian välitön diagnosointi on tärkeää, sillä potilas, jolla aloitetaan puheterapia aivoinfarktin jälkeisessä akuuttivaiheessa, kuntoutuu huomattavasti tehokkaammin kuin potilas, joka ei ole ollut puheterapiassa. Tämä varhaisessa vaiheessa aloitetun puheterapian hyöty laskee sitä mukaan, mitä myöhäisemmässä vaiheessa kuntoutus aloitetaan ja kroonistuneessa tilassa hyöty on jo huomattavasti vähäisempi. Kliinisten havaintojen pohjalta tehtävää diagnoosia ei voida pitää riittävän tarkkana yksinään, sillä tutkimusten mukaan jopa 79 % afasiapotilaista jää ilman afasiadiagnoosia, kun kyseessä on vakavuudeltaan lievä tai kohtalainen afasia. Kommunikointiongelmien seulontaa pidetään usein yksinomaan puheterapeutin tehtävänä, mutta on olemassa lukuisia luotettavia ja tarkkoja seuloja, joilla hoitaja voi selvittää potilaan kommunikoinnin haasteita. Tulosten pohjalta potilas voidaan ohjata tarvittaessa eteenpäin puheterapeutille. (Poslawsky ym. 2010, 20-22.)

Aivoinfarktin jälkeisessä vaiheessa potilaan omaiset ja hoitaja ovat ensimmäisiä, jotka huomaavat potilaan afasiaoireet. Hoitajan tieto ja kokemus potilaan kommunikaatiokeinoista ja haasteista ovatkin olennaisia laadittaessa potilaan kuntoutusohjelmaa. (Poslawsky ym. 2010, 18.) Jos lähetettä ei ole tehty, muu hoitohenkilöstö voi hyödyntää seulontamenetelmiä selvittääkseen aivoinfarktipotilaan kommunikaatio-ongelmia ja kommunikaatiohaasteiden ilmetessä, voidaan potilas ohjata puheterapeutin tarkempaan arviointiin (Australian Aphasia Rehabilitation Pathway).

Hyvän seulontatyökalun tulee täyttää sekä korkean tarkkuuden että luotettavuuden kriteerit, jotta se sopisi kliiniseen hoitotyöhön. Mitä tarkempi seulontatyökalu on, sitä herkemmin se myös havaitsee potilaan kielelliset ongelmat. Parhaimmillaan tarkkuus havaita afasiaoireita voi olla lähes 100 %, jolloin miltei kaikki afasiaoireista kärsivät löytyvät. Mitä heikompi tarkkuus seulalla on, sitä useamman afasiapotilaan oireet jäävät huomaamatta, eikä potilas saa tarvitsemaansa hoitoa. Hyvän seulan tulee korkean tarkkuuden lisäksi olla johdonmukaisesti

luotettava mittaustuloksissa. Sekä inter-rater ja intra-rater luotettavuusarviot ovat tärkeitä luotettavuutta arvioitaessa. (Australian Aphasia Rehabilitation Pathway.) Inter-rater arvo kuvaa, kuinka yhdenmukaiset tulokset ovat identtisisissä olosuhteissa eri toimijoiden suorittamina (Trochim 2006; Health Technology Assessment Glossary a), kun taas intra-rater kuvaa, kuinka yhdenmukaiset tulokset ovat identtisisissä olosuhteissa saman toimijan suorittamana (Health Technology Assessment Glossary b).

Luotettavuutta voidaan arvioida ICC:n eli Intraclass Correlation Coefficient:n avulla (Australian Aphasia Rehabilitation Pathway), joka arvioi sitä, kuinka hyvin tulokset vastaavat toisiaan (Real Statistics). Luotettavuuden ollessa 0,70-1,00 voi seulaa pitää luotettavana (Australian Aphasia Rehabilitation Pathway). Lisäksi hoitajan tehdessä seulaa potilaan kanssa, tulee muistaa tuloksen luotettavuuden varmistamiseksi olla antamatta vahingossa vihjeitä ohjeisiin esimerkiksi katsomalla tai osoittamalla toimintaan liittyvää kohdetta. Tällöin saattaa syntyä virhetulkintoja potilaan ymmärtämisen tasosta ja tämä voidaan välttää esimerkiksi katsomalla suoraan potilasta. (Kaartinen 2016.)

2.2.1 LAST (Language Screening Test)

Esimerkkinä afasiaseulasta, joka ei vaadi puheterapeutin koulutusta, voidaan pitää LAST:ia. Seulan tekemiseen menee noin kaksi minuuttia ja siinä tutkitaan suullisen viestin ilmaisua ja vastaanottoa. Suullisessa ilmaisussa keskitytään nimeämisen, puheen toiston ja spontaanin puheen arvioimiseen ja puheen vastaanotossa taas viestin vastaanoton ja suullisten ohjeiden noudattamisen arviointiin. Kahden keskenään verratun LAST-seulan, LAST-a ja LAST-b havaittivat potilaan afasian lähes identtisesti näiden keskeisen ICC-arvon ollessa 0,96. Ulkoinen validointi verraten toiseen afasiaseulaan Boston Diagnosis Aphasia Evaluation:iin osoitti LAST:in herkkyyden havaita afasia olevan 0,98 eli 98 % ja tarkkuuden havaita potilaan afasia 1 eli 100 %. Inter-rater arvo oli lähes täydellinen ICC-arvon ollessa 0,998. (Flamand-Roze ym. 2011a.)

LAST kehitettiin, koska perinteiset afasiaseulat eivät soveltuneet aivoinfarktin jälkeisen akuuttivaiheen afasian tunnistukseen testien pitkän suorittamisajan takia. Seulat ovat myös vaatineet puheterapeuttia niiden suorittamiseen. On olemassa myös akuuttitilanteisiin luotuja aivoinfarktiseuloja, jotka mittaavat myös kielellistä toimintaa. Nämä eivät kuitenkaan tunnista afasiaa luotettavasti. LAST:in toteuttamiseen ei tarvita puheterapeuttia, mutta seula on silti äärimmäisen luotettava. LAST ei sisällä kirjallista materiaalia, monimutkaista visuaalista materiaalia eikä suullisen toiminnanohjauksen arviointia, joiden suorittamiseen vaikuttaa vahvasti potilaan keskittymiskyky. Kirjallista osiota ei ole, jotta seula olisi luotettava myös toispuolihalvauspotilaille sekä lukutaidottomille. (Flamand-Roze ym. 2011a.)

LAST pitää sisällään puheen ilmaisuun ja vastaanottamiseen liittyviä tehtäviä. Kokonaispistemäärä seulassa on 15. Potilaalla on viisi sekuntia aikaa vastata jokaiseen kysymykseen ja oikeasta ajallaan annetusta vastauksesta saa yhden pisteen, kun taas epätäydellisestä vastauksesta saa nolla pistettä. (Flamand-Roze ym. 2011a.) Ohjeet LAST:n suorittamiseen ovat liitteessä 2 ja itse LAST liitteessä 3.

LAST (Language Screening Test)	
Ilmaisu	
Nimeäminen	Viisi mustavalkoista arjesta tuttua kuvaa. Synonyymit hyväksytään. (0-5 pistettä)
Toistaminen	Yksi neljätavuinen sana sekä yksi kahdeksan sanan lause, jossa on 11 tavua ja kolme konsonanttiryhmää. Yksi korjaus hyväksytään. (0-2 pistettä)
Automaattinen puhe	Potilas laskee yhdestä kymmeneen. Toisossa ei saa olla virheitä. (0-1 pistettä)
Vastaanotto	
Kuvan tunnistaminen	Neljän ajatuksia herättävän, arjesta tutun mustavalkokuvan tunnistaminen. Seulassa on kaksi fonologista ansaa (läheinen ja kaukainen), yksi semanttinen ja yksi visuaalinen. (0-4 pistettä)
Suulliset ohjeet	Kolme suullista käskyä. Yksinkertainen, keskivaikea ja monimutkainen sisältäen huoneessa olevien esineiden tai oman kehon käyttöä. Potilasta pyydetään tekemään täsmälleen ohjeiden mukaan. (0-3 pistettä)

Taulukko 2: LAST-kuvaus (Flamand-Roze ym. 2011a)

2.2.2 ART (Aphasia Rapid Test)

Toinen afasiaseula, jonka suorittamiseen ei tarvitse puheterapeutin pätevyyttä vaan sen voi tehdä kuka tahansa terveydenhuollon ammattilainen, on ART. Se on yksinkertainen, toistettavissa oleva ja nopea, alle kolme minuuttia aikaa vievä seula, jonka avulla voidaan akuuttien aivoinfarktipotilaiden afasian vaikeusastetta. Se on käytännöllinen varhaisten afaattisten muutosten seurannassa akuuttien aivoinfarktipotilaiden kohdalla ja ennustaa tarkasti kolmen kuukauden verbaalista lopputulosta. Seula käsittelee yksinkertaisten ja monimutkaisten käskyjen suorittamista, toistamista, esineiden nimeämistä, dysartrian pisteytystä sekä verbaalisen semanttisuuden sujuvuutta. Vaikka seulan herkkyys on korkea (90 %) ja tarkkuus

kohtuullinen (80 %), sitä ei tule kuitenkaan käyttää diagnostisena työvälineenä, sillä se ei huomaa eroa afasian, puheen apraksian ja dysartrian välillä. (Azuar ym. 2013.)

ART-pisteet vaihtelevat 0-26 pisteen välillä ja mitä korkeammat pisteet potilas saa, sitä vaikeammasta häiriöstä on kyse. Seulonnessa potilasta pyydetään peräkkäin noudattamaan yksinkertaisia käskyjä (0-2 pistettä), noudattamaan yhtä monimutkaisempaa käskyä (0-3 pistettä), toistamaan kolme yksinkertaista sanaa (0-6 pistettä), toistamaan yksi lause (0-2 pistettä) ja nimeämään kolme tavallista esinettä (0-6 pistettä). Tämän jälkeen seuraa yhden minuutin kestävä verbaalisen semanttisuuden sujuvuuden tehtävä (0-4 pistettä). Lisäksi seulan tekijä pisteyttää dysartrian (0-3 pistettä). (Azuar ym. 2013.) ART löytyy liitteestä 4.

2.3 Afasian ehkäisy

Afasian johtuessa tavallisimmin aivoverenkiertohäiriöstä sitä voidaan ehkäistä samoin, kuten aivoinfarkteja sekä aivoverenvuotoja (Atula 2015a). Yleisin syy aivoverenkiertohäiriölle on aivovaltimon veritulpan aiheuttama aivoinfarkti (Atula 2015b) ja sen ehkäisy on tärkeää, sillä aivoinfarktin vuoksi menetetään enemmän laadukkaita elinvuosia kuin minkään muun sairauden vuoksi. Suurin osa aivoinfarkteista sattuu henkilöille, joilla ei ole yksittäisiä suuria riskitekijöitä, mutta useamman riskitekijän kasaantuminen kasvattaa huomattavasti riskiä sairastua. Riskejä on tutkittu kansainvälisessä tutkimuksessa, josta selvisi, että kymmenen yleisintä riskitekijää selittää jopa 90 % aivoinfarktirikistä. Merkittävimmät riskitekijät ovat korkea verenpaine, tupakointi, vähäinen liikunta, epäterveelliset ruokailutottumukset sekä keskivartalolihavuus. Nämä ovat kuitenkin kaikki tekijöitä, joihin voidaan yksilötasolla vaikuttaa. (Käypä hoito 2016.)

Edellä mainituista aivoinfarktin riskitekijöistä tärkein hoidettavissa oleva riskitekijä on kohonnut verenpaine, jonka ehkäisyssä merkittävimmät elämäntapamuutokset ovat suolan ja alkoholin käytön rajoittaminen, laihdutus ja painonhallinta, terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, tupakoimattomuus sekä liiallisen stressin välttäminen. Yleinen tavoite verenpainearvoille vastaanottomittauksissa on keskimäärin alle 140/90 mmHg, joka vastaa kotimittauksissa 135/85 mmHg. Primaaripreventiossa pyritään alentamaan systolista verenpainetta 10 mmHg ja diastolista 5 mmHg, sillä se vähentää aivoverenkiertohäiriöitä 30-40 % viidessä vuodessa, ja mikäli elintapahoidosta huolimatta verenpaine pysyy kohonneena, aloitetaan lääkehoito. Korkean verenpaineen lääkeshoidossa käytetään lääkkeitä, joiden perustana on angiotensiinikonvertaasin (ACE) estäjä, angiotensiinireseptorin (ATR) salpaaja, beetasalpaaja, kalsiumkanavan salpaaja tai diureetti. (Käypä hoito 2016.)

Tupakointi kasvattaa riskiä sairastua aivoinfarktiin suunnilleen kaksinkertaiseksi (Koso 2016a) ja tupakoinnin lopettaminen on tehokas tapa pienentää aivoinfarktin riskiä. Mitä suurempi on poltettujen savukkeiden määrä, sitä suurempi on myös riski sairastua aivoinfarktiin (Koso

2016a; Käypä hoito 2016). Runsaasti tupakoivilla on jopa 9-kertainen aivoinfarktin riski kuin tupakoimattomilla (Koso 2016a).

Liikunta on yksi aivoinfarktilta suojaava tekijä ja siksi säännöllinen liikunta on osa aivoinfarktin ehkäisyä. Liikunta vaikuttaa suotuisasti moniin aivoinfarktin riskitekijöihin, mikä osittain selittää sen suojausvaikutusta. Mitä suurempi on harrastetun liikunnan määrä, sitä pienempi näyttää olevan aivoinfarktin ilmaantuvuus. (Käypä hoito 2016.)

Ylipaino kasvattaa aivoverenkiertohäiriöiden riskiä ja lisää aivoinfarktiin liittyvää kuolleisuutta. Maltillinen painon hallinta on osa aivoinfarktin ehkäisyä ja sillä on edullisia vaikutuksia sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin. (Käypä hoito 2016.) Korkea BMI ja vyötärölivavuus ovat yhteydessä suurentuneeseen aivoinfarktin riskiin ja BMI:n nousu yhdellä yksiköllä kasvattaa aivoinfarktin riskiä naisilla 4 % ja miehillä 5 % (Koso 2016b).

Runsas alkoholinkäyttö lisää aivoinfarktin riskiä (Käypä hoito 2016) ja etenkin humalahakuinen juominen 1,5-kertaistaa riskin sairastua aivoinfarktiin, kun taas krapulaoireisiin liittyvä juominen jopa 2,5-kertaistaa riskin sairastua aivoinfarktiin (Koso 2016c). Alkoholien käyttö sekä erityisesti humalaan juominen altistavat myös aivovammalle ja noin puolet aivovammoista syntyy alkoholin vaikutuksen alaisena. Ehkäisyn osalta tärkeää on lisätä valistusta alkoholiin liittyvistä riskeistä. (Käypä hoito 2008.)

3 Afasiasta kärsivän neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö

Neurologian erikoisala käsittää hermoston eli aivojen, selkäytimen ja ääreishermoston sekä lihassairauksien tutkimisen, hoidon ja kuntoutuksen. Sekä neurologiset sairaudet että oireet ovat yleisiä ja niitä hoidetaan sekä tutkitaan kaikkialla terveydenhuollossa: terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa, alue- ja keskussairaaloissa sekä yliopistosairaaloissa. Neurologian erikoissairaanhoidon tullaan joko ensihoidon tekemän arvion perusteella ambulanssilla kiireellisissä hätätilanteissa tai hoitavan lääkärin läheteellä kiireettömissä tilanteissa. Yksi merkittävä neurologinen sairausryhmä on aivoverenkiertohäiriöt, joihin kuuluvat aivoinfarkti ja aivoverenvuoto. Aivoverenkiertohäiriöt taas kuuluvat laajemmin sydän- ja verisuonisairauksiin, joille suomalaisilla on suurentunut alttius perimän ja elintapojen vuoksi. Aivoverenkiertohäiriöistä aiheutuu usein pysyviäkin toimintakykyä rajoittavia oireita, kuten halvauksia ja puhekyvyttömyyttä. Tämän vuoksi onkin todella tärkeää ehkäistä aivoverenkiertohäiriöitä sekä antaa tehokasta ensihoitoa ja kuntoutusta. (HUS b.)

Neurokirurgia puolestaan tarkoittaa keskushermoston eli aivojen ja selkäytimen leikkaushoitoa. Yleisimpiä neurokirurgisesti hoidettavia sairauksia ovat aivoverisuonisairaudet, aivovammat, kallonsisäiset kasvaimet, vesipäisyys, selkäydinkanavan puristustilat ja kasvaimet, likvo-

rivuoto, liikehäiriöt, vaikeat kiputilat sekä epilepsia. Vain yliopistosairaaloissa, joissa on mahdollisuus korkeatasoiseen tehohoitoon ja yhteistyöhön muiden lääketieteellisten erikoisalojen kanssa, voidaan tehdä vaativia neurokirurgisia toimenpiteitä. (HUS c.)

Sairastumisen alkuvaihe voi olla afasiapotilaalle hyvinkin kaoottinen puheen ymmärtämisen ja tuottamisen häiriöiden vuoksi. Jos afasiapotilas ei ymmärrä kuulemaansa puhetta, hän ei saa tietoa sairaudestaan ja mahdollinen puheen tuottamisen vaikeus voi aiheuttaa turhautumista, hermostumista ja hämmentymistä. (Uusitalo, Laine & Puumalainen 2002, 67.) Hoidettaessa afasiapotilasta on tärkeää varmistaa, että hän ymmärtää, mikä tilanne on, jotta hän pystyisi vaikuttamaan hoitoonsa (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 3). Afasiapotilas voi kärsiä myös kielellisen ajattelun takertumisesta ja lukkiutumisesta sekä aloitekyvyttömyydestä, ja erilaisten häiriöiden kasaantuessa niitä voi olla haastavaa niin tunnistaa, yksilöidä kuin tulkitakin (Uusitalo ym. 2002, 67).

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista 3§ mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan sekä mahdollisuuksien mukaan huomioidaan hänen äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri. Potilasta on myös hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 6§), mikä voi olla afasiapotilaiden kohdalla haastavaa puheen ymmärtämisen ja tuottamisen häiriöiden takia (Uusitalo ym. 2002, 67). Lisäksi laissa määritetty potilaan tiedonsaantioikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5§) tuo omia haasteita afasiasta kärsivän potilaan hoitotyöhön, sillä sen mukaan ”potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan” ja ”terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön”. Kuitenkin ”jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta”, mikä vaatii hoitajalta tietoa ja taitoa riittävän hyvään tulkintaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5§.)

Ohjauksessa potilaan roolina on toimia omien ongelmien aktiivisena ratkaisija, sillä kukaan muu ei tiedä paremmin hänen tilannettaan ja tarpeitaan. Ohjaustarpeet vaihtelevat paljon riippuen potilaan taustatekijöistä. Jokainen potilas on erilainen ja niin on myös hänen tiedon ja tuen tarpeensakin. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Afasiapotilaan kohdalla tärkeimpänä ohjaukseen vaikuttavana tekijänä voidaan pitää afasiaoireiden vakavuutta eli sitä, kuinka hyvin potilas pystyy ymmärtämään puhetta ja luettua tekstiä sekä kirjoittamaan ja tuottamaan puhetta. Afasiapotilaan sosiaalinen kanssakäyminen usein vähenee afasiaoireiden seurauksena ja syrjäytymisen riski on suuri. (Aro-Pulliainen 2013, 3.)

Hoitajan kohdatessa ja keskustellessa aikuisen afasiapotilaan kanssa tulee hänet kohdata aikuisena ja puhua sen mukaisesti. Potilas tietää, mitä haluaisi sanoa, mutta viesti ei tule ulos halutussa muodossa, mikä aiheuttaa turhautumista. Sairauden alkuvaiheessa keskustelu potilaan kanssa voi olla hyvin yksinkertaista ja on suositeltavaa tehdä kysymyksiä, joihin potilas voi vastata joko ”kyllä” tai ”ei”, minkä tukena vastaukset voidaan vahvistaa peukaloa näyttämällä tai osoittamalla kirjoitettuja sanoja. Näiden yksinkertaistettujen kysymysten rinnalla tulee käyttää myös monimuotoisempia kysymyksiä kannustaen potilasta muodostamaan enemmän puhetta. Afasian lisäksi potilaan saama aivovaurio altistaa aivot ärsykeille, minkä takia ohjaustilanteessa ja muutenkin afasiapotilaan kanssa keskustellessa on tärkeää rauhoittaa ympäristö, varmistaa hänen huomio ennen keskustelun aloittamista ja kohdistaa puhe suoraan potilaalle. On myös hyvä varmistaa, että vain yksi henkilö puhuu kerrallaan. Lisäksi tulisi muistaa käyttää tavallista äänenvoimakkuutta, puhua selvästi ja yksiselitteisesti sekä tarvittaessa toistaa puhuttu asia toisin sanoin. (Aro-Pulliainen 2013, 10-12; Uusitalo ym. 2002, 68.)

Mikä tahansa toimiva kommunikointiväline on hyvä, kunhan afasiapotilas ymmärtää viestin ja tulee ymmärretyksi. Hänen tulee antaa aikaa tuottaa puhetta eikä virheitä tulisi korjata, vaan varmistaa viestin ymmärtäminen toistamalla virheet tai kokoamalla ilmaistu asia. Afasiapotilasta tulisi kuunnella tarkasti ja mikäli ei kuitenkaan ymmärrä tämän viestiä, ei pidä teeskennellä ymmärtävänsä. Puhuesssa kasvot tulisi olla potilaaseen päin, jotta hän näkee ilmeet sekä suun liikkeet, ja ilmeiden lisäksi puheen apuna voi käyttää eleitä, kuvia, esineitä, kirjoitusta sekä piirtämistä. (Aro-Pulliainen 2013, 10-12; Uusitalo ym. 2002, 68.)

Afasiapotilaan kärsiessä vaikeasta afasiasta, jolloin hän ei saa ilmaista omia ajatuksiaan tai mielipiteitään suullisesti, voi puhetta tukevista ja korvaavista kommunikointikeinoista olla apua. Riippuen afasian vaikeusasteesta ja afasiapotilaan ilmaisutaidosta voidaan kokeilla eri keinoja ja apuvälineitä. (Aivoliitto c.) Tavallisimpia puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointikeinoja ovat eleet ja viittomat, kirjoittaminen sekä erilaiset kuvat ja graafiset merkkijärjestelmät, kuten PCS ja piktogrammit. Puheen ilmaisua helpottavat myös erilaiset kommunikoinnin apuvälineet, jotka ovat välineitä, laitteita tai tietokoneohjelmia, joihin on koottu kommunikoinnissa käytettävät merkit tai joiden avulla kirjoitetaan. Näitä ovat esimerkiksi aakkostaulut, kuviin perustuvat kommunikointitaulut- ja kansiot, puhelaitteet, sana- ja lauselistat, kirjoittamiseen perustuvat laitteet sekä tietokoneella toimivat kommunikointi- ja kirjoitusohjelmat. (Ohtonen & Räsänen 2015.) Monesti uusien kommunikointimenetelmien käyttäminen voi olla aluksi ja myöhemminkin vaikeaa ja siksi afasiapotilas ja keskustelukumppani tarvitsevat aikaa uusien keinojen harjoitteluun. Koska afasia on symboloinnin ongelma, ei ajatuksen muuntaminen puhutuksi tai kirjoitetuksi sanaksi, kuvaksi tai eleeksi aina välttämättä onnistu, joten kommunikointikeinojen ja apuvälineiden käytöstäkään ei ole tällöin apua. (Aivoliitto c.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyö on osa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikan hankkeita 2016. Koska hoitajille ei ole olemassa virallisia suosituksia afasiapotilaan hoitotyöstä ja tarjolla on vähän koulutusta aiheesta, katsottiin tarpeelliseksi koota yhteen afasiapotilaan hoitotyön suosituksia, joita voitaisiin käyttää esimerkiksi uusien neurohoitajien perehdytyksessä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja koota yhteen afasiapotilaan hoitotyöhön liittyviä suosituksia. Tavoitteena oli tuottaa tietoa afasiapotilaan hoitotyön suosituksista ja siten tukea hankkeen tavoitetta kehittää neurologisen potilaan hoitotyötä. Lisäksi tavoitteena olisi näin edesauttaa uusien neurohoitajien perehtymistä afasianpotilaan hoitotyöhön ja auttaa kokeneempiakin neurohoitajia kehittämään sekä ylläpitämään osaamistaan afasian hoidon osalta. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä oli: millaisia hoitotyön suosituksia on afasiapotilaan hoidosta?

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on muodoltaan kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon. Aineisto kerättiin vuosien 2005-2016 välillä julkaistuista tutkimuksista ja alan kirjallisuudesta sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin klinisiltä asiantuntijoilta. Opinnäytetyön tuloksiin muodostettiin afasiapotilaan hoitotyön suosituksia kokoamalla yhteen tieteellisesti havaittua tutkimusnäyttöä vuosilta 2005-2016. Opinnäytetyö tehtiin osana HYKS:n neurokirurgian klinikan klinisiä hankkeita 2016 ja työtä kommentoivat HUS:n kliiniset asiantuntijat, joiden kommenttien pohjalta työtä muokattiin. Tulokset luokiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen integroivassa muodossa, koska käytetyt aineistot ovat laajoja ja kyseistä menetelmää hyödyntäen pystytään kuvaamaan ilmiötä laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan sen ominaisuuksia. Integroiva katsaus lisäksi mahdollistaa uuden tiedon tuottamisen aikaisemmin jo tutkitusta aiheesta sekä kattavamman otoksen tutkimusaiheesta. Integroiva katsaus sallii myös kirjallisuuden eri tyyppien laajan käytön ja näkökulmat tutkimuksiin voivat vaihdella paljonkin, mikä rikastuttaa opinnäytetyötä ja tutkimusten pohjalta tehtyjä hoitotyön suosituksia. (Salminen 2011, 6-9.)

5.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyön lähdemateriaalia haettiin seuraavista tiedonhakuportaaleista: Medic, CINAHL With Full Text (EBSCO), Medic, Cochrane Library, Melinda ja PubMed. Käytetyt hakusanat ja hakutulokset löytyvät alla olevasta taulukosta (ks. Taulukko 3). Sisäänottokriteereitä afa-

siapotilaan hoitotyön suosituksille olivat suomen- tai englanninkieliset full text -julkaisut, joiden julkaisuajankohta sijoittuu vuosien 2005-2016 välille ja kohteena olivat yli 18-vuotiaat. Opinnäytetyön lähdemateriaalin valintaa rajattiin tietokantojen hakutuloksista ensisijaisesti otsikon ja sitten julkaisun tiivistelmän perusteella. Lapsipotilaita käsittelevät julkaisut pois-suljettiin. Julkaisuja arvioitiin näiden sisäänottokriteerien perusteella ja katsaukseen valittiin julkaisut, joissa kaikki nämä kriteerit täyttyivät. Sairaanhoidajille tuotettu tieto afasiapotilaan hoidosta oli prioriteettina julkaisuissa. Hakutuloksista suurin osa karsiutui pois niiden käsitellessä lapsipotilaita tai ollessa muuten epäolennaisia opinnäytetyön aiheen kannalta. Käytetyistä tiedonhakuportaaleista löytyi kaksi työhön sopivaa julkaisua ja loput käytetyt julkaisut löytyivät manuaalisten hakujen kautta.

Tiedonhakuportaali	Hakusanat	Hakutulokset	Käytetty
Medic	afasia AND aphasia	6	0
CINAHL With Full Text (EBSCO)	aphasia AND nurs* AND guideline*	8	1
Melinda	aphasia AND guideline? OR protocol? OR best practise recommendation?	3	0
Cochrane Library	aphasia	3	0
PubMed	aphasia AND best practice	8	1
	aphasia AND protocol AND nurs*	2	0
	aphasia AND guideline	7	0

Taulukko 3: Tiedonhaku afasiapotilaan hoitotyön suosituksista

5.3 Sisällönanalyysi

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista sisällönanalyysia dokumenttien systemaattiseen ja objektiiviseen analysointiin. Tämän analyysimuoto valittiin, koska se sopii lähes kaikenlaisen kirjallisen aineiston analysointiin. Sisällönanalyysin avulla saatiin järjestettyä kerätty aineisto johtopäätöksiä varten, jotta saatiin muodostettua afasiasta kärsivän neurologisen potilaan hoitotyön suosituksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Induktiivisessa sisällönanalyysissa on kolme vaihetta: pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109). Nämä vaiheet toteutettiin valitsemalla aineistosta lausekokonaisuuksia

analysoitavaksi, minkä jälkeen pelkistettiin alkuperäisilmaukset. Pelkistyksistä taas muodostettiin alaluokkia ja ne yhdistettiin yläluokiksi. Esimerkki sisällönanalyysistä on nähtävissä alla taulukossa 4.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Afaattisen henkilön keskustelukumppanin ohjauksen vaikutuksen tarkastelleissa tutkimuksissa on todettu, että keskustelukumppanin ohjaus edistää afaattisen henkilön viestintää ja vaikuttaa siihen, kuinka hyvin afaattinen keskustelija saa ilmaistua itseään ja kuinka tehokasta viestintä on (Granroth 2009, 81).	Afaatikon keskustelukumppanin ohjaus edistää afaatikon viestintää ja vaikuttaa itseilmaisuu- suun sekä viestinnän tehokkuuteen	Keskustelukumppanin ohjaus viestinnän ja itseilmaisun edistämiseksi	Keskustelukumppanin ohjaus

Taulukko 4: Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä

6 Tulokset

Tuloksissa esitetään yhdeksän näyttöön perustuvaa afasiapotilaan hoitotyön suositusta.

Hoitosuositus 1: Hoitajan ja puheterapeutin tulee tehdä tiivistä yhteistyötä aivoinfarktipotilaan mahdollisen afasian selvittämiseksi käyttäen afasialle herkkiä seulontamenetelmiä.

Perustelu: Varhainen ja täsmällinen afasian tunnistus on olennaisen tärkeää aivoinfarktipotilaan hoidossa (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 9). Tämän mahdollistaa hoitajan ja puheterapeutin tiivis yhteistyö. Hoitajan suorittama potilaan puheentuoton ongelmien seulonta mahdollistaa varhaisen ongelmien havaitsemisen, jolloin puheterapia voidaan aloittaa hyvissä ajoin. Hoitajan ja puheterapeutin yhteistyö myös parantaa puheterapiaharjoitteiden toiminnallisuutta ja intensiteettiä, mikä voi parantaa hoidon laatua. (Poslawsky ym. 2010, 17.) Lisäksi tehokas seulonta varmistaa sen, että kaikki afasiapotilaat saavat sopivaa ohjausta, tukea, väliintuloa ja parasta mahdollista hyötyä kuntoutuksen tuloksista. Puutteellisessa seulonnassa oikeaa diagnoosia ei löydy, potilas ei saa asianmukaista hoitoa ja tästä seuraa tarpeetonta taakkaa terveydenhuollolle. Afasia on yleinen aivoinfarktin jälkeinen tila, joten kaikki aivoinfarktipotilaat tulee seuloa kielellisten taitojen puutteiden havaitsemiseksi. (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 9.)

Afasian seulonnassa tehokkaaksi on havaittu LAST eli Language Screening Test, jonka avulla havaitaan afasiaoireet tehokkaasti jo akuuttivaiheessa. Seulassa tutkitaan suullisen viestin ilmaisu- ja vastaanottoa. Seulan suorittaminen kestää vain kaksi minuuttia ja se tunnistaa afasiapotilaan afasiaoireet 100 % tarkkuudella. (Flamand-Roze ym. 2011a.) Afasian vaikeusasteen määrittelyssä hyväksi seulaksi on todettu ART eli Aphasia Rapid Test, jonka avulla voidaan alle kolmessa minuutissa arvioida akuuttien aivoinfarktipotilaiden afasian vaikeusastetta. Se on käytännöllinen varhaisten afaattisten muutosten seurannassa akuuttien aivoinfarktipotilaiden kohdalla ja ennustaa tarkasti kolmen kuukauden verbaalista lopputulosta. (Azuar ym. 2013.)

Hoitosuositus 2: Hoitajan tulee hyödyntää tehokkaampia kommunikointistrategioita päivittäisissä hoitorutiineissa ja lisätä kommunikointimahdollisuuksia afasiapotilaalle olemalla aktiivinen keskustelukumppani sekä kannustamalla vuorovaikutukseen.

Perustelu: Tehokkaiden kommunikointistrategioiden käyttö hyödyntämällä esimerkiksi eleitä, huumoria ja kuvia päivittäisissä hoitorutiineissa voi lieventää afasiapotilaan oppimaa kielen käyttämättömyyttä (Hersh, Godecke, Armstrong, Ciccone, Bernhardt 2014). Vähäiset sosiaaliset kommunikointimahdollisuudet ja kontaktit voivat vaikeuttaa afasiapotilaan kuntoutumista sekä saavutettujen taitojen ylläpitämistä etenkin iäkkäimpien potilaiden kohdalla (Rautakoski 2005, 122).

Hoitosuositus 3: Hoitajan tulee käyttää puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja sekä kommunikoinnin apuvälineitä afasiapotilaan hoidossa.

Perustelu: Afasiapotilaan kyky kommunikoida kielellisesti on heikentynyt tai ei ole edes mahdollista. Viestintää helpottavat ei-sanalliset välineet varmistavat, että afasiapotilaalla on keino kommunikoida ja tulla ymmärretyksi. (Aro-Pulliainen 2013.) Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiokeinot vähentävät lisäksi puheen ja kielen häiriöiden aiheuttamia haittoja (Käypä hoito 2016). Yleisimpiä puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja ovat eleet ja viittomat, kirjoittaminen sekä erilaiset kuvat ja graafiset merkkijärjestelmät, kuten PCS ja piktogrammit. Lisäksi puheen ilmaisu- ja viestintää helpottavat erilaiset kommunikoinnin apuvälineet, jotka ovat välineitä, laitteita tai tietokoneohjelmia, joihin on koottu kommunikoinnissa käytettävät merkit tai joiden avulla kirjoitetaan. Näihin lukeutuvat muun muassa aakkostaulut, kuviin perustuvat kommunikointitaulut- ja kansiot, puhelaitteet, sana- ja lauselistat, kirjoittamiseen perustuvat laitteet sekä tietokoneella toimivat kommunikointi- ja kirjoitusohjelmat. (Ohtonen & Räsänen 2015.) Kyvyttömyys kommunikoida toiveista ja tarpeista lisää myös afasiapotilaan riskiä sairastua masennukseen, heidän kuntoutumisensa on heikompaa ja kuolleisuus korkeampaa, kuin niiden, jotka pystyvät ilmaisemaan itseään (Poslawsky ym. 2010, 18).

Hoitosuositus 4: Hoitajan tulee ohjata afasiapotilaan keskustelukumppaneita ja kannustaa heitä osallistumaan kuntoutukseen.

Perustelu: Afasiapotilaan keskustelukumppanin ohjaus edistää afasiapotilaan viestintää ja itseilmaisua. Lisäksi koulutettu keskustelukumppani pystyy paremmin tukemaan afasiapotilasta. (Granroth 2009, 81.) Läheisen keskustelukumppanin osallistuessa kuntoutukseen tämä oppii käyttämään puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointikeinoja sekä tukemaan afasiapotilaan kommunikointia niiden avulla. Samalla kommunikointia haittaavat toimintatavat vähenevät. (Rautakoski 2005, 122.)

Hoitosuositus 5: Hoitajan tulee kutsua afasiapotilas ja hänen avainkeskustelukumppaninsa potilaan hoitoneuvotteluihin.

Perustelu: Avainkeskustelukumppaneihin voi kuulua kuka tahansa afasiapotilaalle tärkeä henkilö, kuten perheenjäsen, ystävä tai terveydenhuollon ammattilainen. Potilas ja hoitohenkilökunta voivat oppia paljon afasiapotilaan kommunikoinnista avainkeskustelukumppaneilta ja tilannearvion aikana on mahdollista selvittää, miten nämä henkilöt toimivat keskustelukumppaneina. Avainkeskustelukumppaneiden pitäminen hoitotilanteen ajan tasalla auttaa kokonaisvaltaisen lähestymistavan rakentamisessa. Lisäksi he voivat tarjota tärkeää taustatietoa liittyen afasiapotilaan lääkinnälliseen taustaan ja sairautta edeltävään tilaan. (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 17.) Omaisia haastatteleamalla saadaan usein myös selville potilaan hoitoa helpottavaa tietoa esimerkiksi potilaan mieltymyksistä tai toiveista (Kiesiläinen 2016). Kuntoutuksen suunnittelussa ja tulosten arvioinnissa tulee huomioida afasiapotilaan ja hänen läheistensä tarpeet sekä mielipiteet. Arviointien yhteydessä tulee varmistaa, että afasiapotilas ymmärtää kysymykset ja pystyy antamaan vastauksensa niihin. (Rautakoski 2005, 122.)

Hoitosuositus 6: Hoitajan tulee antaa asianmukaista tietoa aivoinfarktista ja afasiasta vastaten afasiapotilaan, hänen perheen sekä hoitajien yksilöllisiin tarpeisiin käyttäen asianmukaista kieltä ja kommunikaatiokeinoja.

Perustelu: Afasiapotilaat haluavat tietoa afasiasta ja aivoinfarktista niin itselleen kuin perheelleenkin. Tiedon tarjoaminen aivoinfarktista lisää potilaan ja hoitajan ymmärrystä liittyen aivoinfarktiin, lisää potilastyytyväisyyttä sekä lieventää potilaan mahdollista masennusta. Lisäksi afasiapotilaat haluavat tietoa ennusteestaan ja siitä, mitä odottaa kuntoutuksen eri vaiheissa. Tiedon tulee olla afasiaystävällistä, sisältää seurantasuunnitelma ja olla muotoiltu sekä afasiapotilaan että hänen perheen erityistarpeiden ja näkemysten mukaisesti. Afasiaystävällisen materiaalin on todettu auttavan afasiapotilaita ymmärtämään sairauttaan. Tietoa tulee tarjota siten, että potilas ja perhe otetaan aktiivisesti mukaan esimerkiksi tarjoamalla

toistuvia mahdollisuuksia tehdä lisäkysymyksiä. Tämän lisäksi hoitohenkilökunnan tulee olla herkkä tunnistamaan potilaan muuttuva tuen tarve. (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 8 & 11.)

Hoitosuositus 7: Afasiapotilaalle, hänen perheelle ja hoitajille tulee välittää sekä kirjallisesti että suullisesti potilaan nykyinen diagnoosi, toimintasuunnitelmat, jatkohoito, tavoitteet ja hoitotyön tulokset hoidon kaikissa vaiheissa.

Perustelu: Afasiapotilaalle ja tämän perheelle tulee tarjota ajantasaista tietoa potilaan diagnoosista, toimintakyvystä, merkittävistä interventioista ja hoidon nykytilasta sekä kirjallisessa että suullisessa muodossa. Tällainen tieto voi edistää niin potilaan kuin läheistenkin tietoutta ja aktiivista osallistumista terveyden- ja sairaanhoitoon. (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 36.) Potilaan oma sairaanhoitaja on tärkeä ensitiedon antaja afasiasta sekä potilaalle, että hänen omaisilleen (Kiesiläinen 2016). Hoitotyön tulosten läpikäyminen varmistaa sen, että afasiapotilas ja hänen perhe ymmärtävät, mitä toimenpiteitä on tehty ja miten ne ovat vaikuttaneet potilaan tilaan. Tulokset tarjoavat parhaan pohjan tehdä harkittuja valintoja koskien jatkohoittoa. (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 15.)

Hoitosuositus 8: Hoitajan tulee ottaa huomioon afasiapotilaan ja hänen perheensä kulttuuriset ja kielelliset tekijät hoitoa toteuttaessa.

Perustelu: Tyypilliset arvioinnissa ja hoidossa käytetyt metodit ja materiaalit eivät välttämättä sovi kaikille monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Yksilöillä voi olla myös erilaisia ennakkoasenteita terveydenhuoltoa, afasiaa ja kuntoutusprosessia kohtaan. (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 26.)

Hoitosuositus 9: Hoitajan tulee tarjota afasiapotilaalle mahdollisuus keskustella seksuaaliterveydestä käyttäen apuna visuaalisesti tuettua kommunikoinnin apuvälinettä.

Perustelu: Seksuaaliterveys vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun ja tutkimusten mukaan aivoinfarktipotilaat haluavat oppia ja puhua seksuaaliterveydestä, mutta eivät saa haluamaansa tietoa terveydenhuollon ammattilaisilta. Erityisesti afasiapotilaiden kohdalla mahdollisuus keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä huolenaiheista on heikko ja visuaalisesti tuettu kommunikoinnin apuväline parantaa tätä mahdollisuutta. (Guo ym. 2015.)

7 Pohdinta

Pohdinnassa tarkastellaan opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta, tuloksia sekä johtopäätöksiä ja kehitysehdotuksia.

7.1 Eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus, eettisesti kestävä tiedonhankinta ja tutkijoiden työn kunnioittaminen. Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä edellä mainittujen lähtökohtien mukaisesti. Rehellisyys tämän opinnäytetyön osalta tarkoittaa sitä, että havainnot ja tulokset esitettiin sellaisina kuin ne ovat ilman sepittelyä ja vääristelyä sekä suomennettaessa englanninkielistä tekstiä sisältö pyrittiin pitämään alkuperäistä vastaavana. Huolellisuutta ja tarkkuutta noudatettiin esimerkiksi tiedonhaun yhteydessä, aineiston rajaamisessa, raportin kirjoittamisessa ja lähdeviitteiden merkitsemisessä. Tiedonhaussa käytettiin monipuolisesti hakusanoja, jotka liittyvät oleellisesti afasiapotilaan hoitotyön suosituksiin ja hakutulokset käytiin huolellisesti läpi valiten opinnäytetyöhön sopivat aineistot. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja hakutulokset dokumentoitiin ja ne löytyvät taulukosta 3. Opinnäytetyössä kunnioitettiin alkuperäislähteitä ja niiden tekijöitä pitämällä sisältö muuttumattomana ja merkitsemällä lähteet ohjeiden mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

7.2 Luotettavuus

Uskottavuutta tässä opinnäytetyössä lisäsi se, että tutkimusaineistoa käsiteltiin sisältöä kunnioittaen ja tutkimusten tulokset pyrittiin tuomaan mahdollisimman uskollisina alkuperäislähteille. Työtä tehdessä pyrittiin välttämään omia tulkintoja tutkimustuloksista ja tuomaan tutkijoiden ajatukset sekä tutkimustulokset mahdollisimman neutraalisti ja objektiivisesti ilmi luotettavuuden vahvistamiseksi. Työ rajattiin niin, että tulokset olisivat mahdollisimman suoraan siirrettävissä niin Töölön sairaalan neurokirurgisille osastoille kuin myös muille tahoille, jotka kohtaavat afasiapotilaita ja tarvitsevat hoitotyön suosituksia arjen tueksi. Työn luotettavuutta riippuvuuden osalta vahvisti se, että työ toteutettiin Laurean kirjallisten töiden ohjeita ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Ennustamattomat tekijät pyrittiin ottamaan huomioon varaamalla opinnäytetyön tekoon tarpeeksi aikaa ongelmien varalta. Opinnäytetyötä näytettiin työn eri vaiheissa niin Töölön sairaalan yhteyshenkilölle kuin myös työn ohjaavalle opettajalle, jotka opastivat oikeaan suuntaan työn suhteen ja arvioivat työn toteutusta joka vaiheessa. Hoitotyön suosituksia ovat myös arvioineet HUS:n kliiniset asiantuntijat. Nämä tahot myös arvioivat keinot, joita opinnäytetyön tutkimusten käsittelyssä on käytetty sekä kuinka työn tekijät päätyivät kokoamiinsa afasiapotilaan hoitotyön suosituksiin, mikä lisäsi osaltaan työn vahvistettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös lähteiden monipuolisuus ja tiivis yhteistyö HUS:n kliinisten asiantuntijoiden kanssa. Suositukset pohjautuvat australialaisiin afasiakuntoutuksen suositeltaviin käytäntöihin, neljään ulkomaiseen tutkimukseen, kahteen kotimaiseen tutkimukseen, suomalaiseen aivoinfarktin Käypä hoito -suositukseen, kanadalaiseen aivoinfarkti-

kuntoutujien seksuaaliterveyttä edistävään projektiin, Aivoliiton afasia-esitteeseen sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vammaispalvelujen käsikirjaan. Tuloksissa on myös hyödynnetty HUS:n kliinisten asiantuntijoiden tietämystä. Etenkin puheterapeuteilta saadut kommentit toivat suurta lisäarvoa työlle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139.)

7.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöhön koottiin yhdeksän afasiapotilaan hoitotyön suositusta afasiasta kärsivän potilaan hoitotyön tueksi. Tuloksiin kootut afasiapotilaan hoitotyön suositukset sisältävät hoitajan ja puheterapeutin yhteistyötä, afasian seulontaa, puhetta tukevien ja korvaavien kommunikaatiokeinojen sekä kommunikoinnin apuvälineiden käyttöä, kommunikointimahdollisuuksien lisäämistä sekä keskustelukumppanien ohjaamista ja ottamista mukaan kuntoutukseen. Lisäksi suosituksissa käsitellään tiedon antamista, kulttuurin ja kielen huomioimista sekä seksuaaliterveyden tukemista.

Tärkeimmäksi tulokseksi osoittautui afasian seulonta rutiininomaisesti kaikilta aivoinfarktipotilailta akuuttivaiheessa käyttäen afasialle herkkiä seulontamenetelmiä. Tähän tarkoitukseen tehokkaaksi seulaksi on havaittu LAST eli Language Screening Test, jonka suorittaminen kestää pari minuuttia ja sen voi tehdä kuka tahansa terveydenhuollon ammattilainen. Afasiaseulonta mahdollistaa afasian varhaisen havaitsemisen ja sen myötä potilas saa asianmukaista hoitoa mahdollisimman pian (Flamand-Roze ym. 2011a), mikä on tärkeää, sillä mitä aikaisemmassa vaiheessa puheterapia aloitetaan, sitä enemmän siitä on hyötyä potilaan kuntoutumisen kannalta (Poslawsky ym. 2010, 22).

Toiseksi tärkeimmäksi teemaksi nousi yhteistyö. Hoitajan ja puheterapeutin tiivis yhteistyö mahdollistaa kommunikointiongelmien varhaisen havaitsemisen, jolloin puheterapia päästään aloittamaan aikaisessa vaiheessa. Yhteistyö lisää myös puheterapiaharjoitusten toiminnallisuutta ja tehokkuutta. (Poslawsky ym. 2010, 17.) Potilaan avainkeskustelukumppaneiden pitäminen mukana hoidossa mahdollistaa lisätietojen keräämisen esimerkiksi potilaan aiemmista kommunikointitavoista, sairautta edeltävästä tilasta, lääkinnällisestä taustasta (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 17) sekä potilaan toiveista ja mieltymyksistä (Kiesiläinen 2016), mikä edistää kokonaisvaltaista hoitoa (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 17). Lisäksi tällöin voidaan seurata, miten avainkeskustelukumppanit kommunikoivat afasiapotilaan kanssa (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 17) ja heitä voidaan ohjata tukemaan potilasta paremmin, jolloin myös potilaan viestintä paranee (Granroth 2009, 81).

Kolmanneksi tärkeimmäksi aiheeksi nousi afasiapotilaan kommunikoinnin tukeminen. Afasiapotilaan hoidossa tulee käyttää puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja, tehokkaita kommunikointistrategioita ja kommunikoinnin apuvälineitä. Ne antavat afasiapotilaalle

keidon kommunikoida ja tulla ymmärretyksi (Aro-Pulliainen 2013), jolloin riski sairastua masennukseen pienenee ja kuntoutuminen tehostuu (Poslawsky ym. 2010, 18). Lisäksi hoitajan tulee olla itse aktiivinen keskustelukumppani ja kannustaa potilasta vuorovaikutukseen. Tämä on tärkeää, sillä kommunikointimahdollisuuksien lisääminen mahdollistaa afasiapotilaan jo saavuttamien taitojen ylläpitoa. (Rautakoski 2005, 122.)

Neljänneksi tärkeimmäksi aiheeksi muodostui hoitajan rooli tiedon tarjoajana. Hoitajan tulee antaa tietoa afasiapotilaalle, tämän perheelle ja hoitajille sekä kirjallisesti että suullisesti asianmukaista kieltä ja kommunikointikeinoja käyttäen. Kattava tieto hoidosta voi edistää afasiapotilaan ja läheisten osallistumista potilaan hoitoon (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 36) ja kun tieto on annettu afasiaystävällisessä muodossa, ymmärtää afasiapotilas paremmin oman tilanteensa, mikä lisää muun muassa potilastyytyvääisyyttä (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 8 & 11). Hoitajan tulee myös huomioida afasiapotilaan ja hänen perheensä kielelliset ja kulttuurilliset tekijät, sillä kaikki materiaalit eivät välttämättä sovi kaikille monikulttuurisessa yhteiskunnassa (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 26).

7.4 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Opinnäytetyön pohjalta voidaan päätellä, että afasiapotilaan tilan varhainen diagnosointi on olennaisen tärkeää. Koska afasia on yleinen aivoinfarktin jälkeinen tila, tulee kaikki aivoinfarktipotilaat seuloa afasian varalta (Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014, 9). Mitä varhaisemmassa vaiheessa asianmukainen hoito aloitetaan, sitä paremmat mahdollisuudet potilaalla on toipua tästä (Poslawsky ym. 2010, 22). Yhteiskunnallisesti tämä on merkittävää, koska afasiapotilaat eivät toivu yhtä hyvin, tarvitsevat pidempää laitoshoidoa (Aivoliitto 2016) ja heidän kuolleisuutensa on korkeampaa kuin aivoverenkiertohäiriöpotilailla, joilla afasiaa ei ole (Poslawsky ym. 2010, 18). Mikäli aivoverenkiertohäiriöpotilaiden akuuttihoitoa ja varhaiskuntoutusta ei tehosteta, tarvitaan Aivoliiton (2013) mukaan vähintään 100 uutta vuodeosastoa vuoteen 2020 mennessä.

Suomessa virallisia afasiapotilaan hoitotyön suosituksia ei ole (Klippi ym. 2012), mutta afasiaa sivutaan hieman aivoinfarktin ja TIA:n sekä aivovamman Käypä hoito -suosituksissa (Käypä hoito 2008; Käypä hoito 2016). Ulkomaisia afasiapotilaan hoitotyön suosituksia on olemassa, mutta niistä osa on vanhentuneita tai huonolaatuisia (Shrubsole ym. 2016). Tähän opinnäytetyöhön kootut suositukset ovat valikoituneet niin, että ne käsittelevät afasiapotilaan hoitoa hoitajan näkökulmasta, koska hoitajille suunnattuja näyttöön perustuvia ohjeistuksia afasiapotilaan hoitotyöstä ei ole (Poslawsky ym. 2010, 18). Opinnäytetyöhön kootuista suosituksista voi olla hyötyä afasiapotilaan hoitotyön toteuttamisessa sekä kehittämisessä ja ne voivat tukea sitä, että afasiapotilaat saisivat kaikkialla laadullisesti yhtä hyvää hoitoa. Mahdollisesti

niitä voidaan hyödyntää uusien neurohoitajien perehdytyksessä sekä kokeneempien neurohoitajien tiedon ja taidon ylläpitämisessä ja kehittämisessä. Myös muut hoitajat kuin neurohoitajat voivat hyötyä suosituksista afasiapotilaan kanssa työskennellessä.

Kehitysehdotuksina afasiapotilaan hoitotyöhön jatkossa olisi afasiaseulojen, kuten LAST ja ART, pätevä suomentaminen ja niiden käyttöön ottaminen hoitajien toteuttamina aivoinfarktipotilaiden akuuttihoitotyössä. Tämä mahdollistaisi afasian varhaisen tunnistamisen ja puheterapian aloittamisen hyvissä ajoin. Seulojen suomentaminen tulee suorittaa niin, ettei seulojen tarkkuus kärsi suomentamisen yhteydessä. Mikäli seulat todetaan hyödyllisiksi ja otetaan käyttöön neurologisilla ja neurokirurgisilla osastoilla, voisi seulojen käyttäminen laajemmalti-kin hoitotyössä olla hyödyllistä. Mahdollisia käyttökohteita voisi olla kaikki hoitopaikat, joilla tavataan aivoverenkiertohäiriöistä tai aivovammasta kärsiviä potilaita.

Toisena kehitysehdotuksena olisi muodostaa kuvista ja sanoista koostuva toimiva kommunikoinnin apuväline, joka palvelisi potilaan ja hoitajan välistä keskustelua mahdollisimman hyvin. Esimerkiksi erilaisissa hoitopaikoissa voisi olla kussakin omanlaisensa kuvataulu tai kansio-kin, joka sisältäisi heidän potilaiden tyypillisiin tai jopa yksilöllisiin tarpeisiin sekä hoitoympäristöön sopivia kuvia ja sanoja. Tämä olisi hyvä toteuttaa hoitajien ja puheterapeutin välisenä yhteistyönä parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttamiseksi.

Myös koulutusta uusille neurohoitajille afasiapotilaan hoitotyöstä voisi lisätä, koska vaikkakin aivoverenkiertohäiriöitä käsitellään sairaanhoitajakoulutuksessa, ei itse afasiaa ja afasiapotilaan hoitoa paljoakaan käsitellä sairaanhoitajan opinnoissa. Uusien neurohoitajien koulutus tarjoaisi hoitajille paremmat lähtökohdat lähteä hoitamaan afasiapotilaita, mikä varmasti näkyisi positiivisesti hoidon laadussa ja sitä myötä myös positiivisesti potilastyytyväisyyden kehityksessä.

Lisäksi virallisten afasiapotilaan hoitotyön suositusten laatiminen olisi eduksi niin afasiapotilaalle ja tämän läheisille, hoitajille kuin koko yhteiskunnalle. Tällöin suositukset ohjaisivat näyttöön perustuvasti hoitajien toimintaa ja afasiapotilaan hoito kehittyisi, jolloin afasiapotilas kuntoutuisi tehokkaammin. Tämä parantaisi afasiapotilaan koko perheen elämänlaatua ja yhteiskunnan varojen käyttö tehostuisi.

Lähteet

- Aivoliitto a. Afasia. Viitattu 20.4.2016. [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/afasia](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/afasia)
- Aivoliitto b. Dysartria. Viitattu 17.6.2016. [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/dysartria](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/dysartria)
- Aivoliitto c. Puhetta tukevat ja korvaavat keinot. Viitattu 2.9.2016. [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/afasia/puhetta_tukevat_ja_korvaavat_keinot](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/afasia/puhetta_tukevat_ja_korvaavat_keinot)
- Aivoliitto. 2013. Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) lukuina. Viitattu 19.4.2016. http://www.aivoliitto.fi/files/1091/avh_lukuina2013_web.pdf
- Aivoliitto. 2016. Ajankohtaista AVH:sta. Viitattu 19.4.2016. [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/ajankohtaista_avh_sta/eurooppalaiset_afasiatutkijat_tapaavat_tampereen_yliopistossa_torstaina_ja_perjantaina_11.2._12.2..4480.news](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/ajankohtaista_avh_sta/eurooppalaiset_afasiatutkijat_tapaavat_tampereen_yliopistossa_torstaina_ja_perjantaina_11.2._12.2..4480.news)
- Aivovammaliitto. Aivovammat. Viitattu 4.3.2016. <http://www.aivovammaliitto.fi/aivovammat/>
- Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements. 2014. Viitattu 15.5.2016. <http://www.aphasiapathway.com.au/flux-content/aarp/pdf/2014-COMPREHENSIVE-FINAL-01-10-2014-1.pdf>
- Aro-Pulliainen, P. 2013. Afasia-esite terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille. Turku: Aivoliitto. Viitattu 15.5.2016. http://www.aivoliitto.fi/files/1545/afasia2013_1309_3.pdf
- Atula, S. 2015a. Afasia (aivolähtöinen puhehäiriö). Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 29.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00557&p_haku=aphasia
- Atula, S. 2015b. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 29.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001
- Australian Aphasia Rehabilitation Pathway: Screening tools. Viitattu 12.7.2016. <http://www.aphasiapathway.com.au/?name=aphasia-screening-tools>
- Azuar, C., Leger, A., Arbizu, C., Henry-Amar, F., Chomel-Guillaume, S. & Samson, Y. 2013. The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test. Viitattu 22.7.2016. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00415-013-6943-x/fulltext.html>
- Dyspraxia Foundation. About Dyspraxia. Viitattu 24.6.2016. <http://dyspraxiafoundation.org.uk/about-dyspraxia/>
- Flamand-Roze, C. Falissard, B., Roze, E., Maintigneux, L., Beziz, J., Chacon, A., Join-Lambert, C., Adams, C., Denier, C. 2011a. Validation of a new language screening tool for patients with acute stroke: the Language Screening Test (LAST). Viitattu 20.7.2016. <http://stroke.ahajournals.org/content/42/5/1224.long>
- Flamand-Roze, C. Falissard, B., Roze, E., Maintigneux, L., Beziz, J., Chacon, A., Join-Lambert, C., Adams, C., Denier, C. 2011b. Language Screening Test - LAST-a & LAST-b. Viitattu 20.7.2016. http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/suppl/2011/04/12/STROKEAHA.110.609503.DC1/609503_supplemental_data.pdf

Granroth, K. 2009. Ohjauksen vaikutus afaattisen henkilön ja tämän läheisen viestintätaitoihin - viisi tapaustutkimusta. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.7.2016. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80618/gradu04036.pdf?sequence=1>

Guo, M., Bosnyak, S., Bontempo, T., Enns, A., Fourie, C., Ismail, F. & Lo, A. 2015. Let's Talk About Sex! - Improving sexual health for patients in stroke rehabilitation. Viitattu 12.7.2016. <http://qir.bmj.com/content/4/1/u207288.w2926.full>

Hokkanen, L., Laine, M., Hietanen, M., Hänninen, T., Jehkonen, M., Pulliainen, v., Kuikka, P. 2014. Afasia ja siihen liittyvät häiriöt. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (toim.) Neurologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.2.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=neu00037&p_haku=Afasia%20ja%20siihen%20liittyv%C3%A4t%20h%C3%A4iri%C3%B6t.

Harmsen, J., 2015. Puheterapia. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (toim.) Neurologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.2.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=fys00032&p_haku=puheterapia

Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N. & Bernhardt, J. 2014. "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. Viitattu 22.7.2016. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02687038.2014.933520>

Health Technology Assessment Glossary a. Inter-rater reliability. Viitattu 15.10.2016. <http://htaglossary.net/inter-rater+reliability&highlight=inter-rater>

Health Technology Assessment Glossary b. Intra-rater reliability. Viitattu 15.10.2016. <http://htaglossary.net/intra-rater+reliability>

HUS a. Diabetekseen liittyvät silmänpohjamuutokset. Viitattu 17.6.2016. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/silma-korvasairaala/silmataudit/diabetes_verisuonitukospkl/silmanpohjamuutokset/Sivut/default.aspx

HUS b. Neurologia. Viitattu 18.4.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/neurologia/Sivut/default.aspx>

HUS c. Neurokirurgia. Viitattu 18.4.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/neurokirurgia/Sivut/default.aspx>

Kaartinen, M. 2016. Kommentointikierros 20.9.2016.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Juvela, S., Lindsberg, P.J., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R.O., Sivenius, J., Vikatmaa, P. 2015a. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (toim.) Neurologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 2.3.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=neu00127

Kaste, M., Hernesniemi, J., Juvela, S., Lindsberg, P.J., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R.O., Sivenius, J., Vikatmaa, P. 2015b. Iskeemisten aivoverenkiertohäiriöiden kliiniset oireyhtymät. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (toim.) Neurologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.2.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=neu00134

Kaste, M., Hernesniemi, J., Juvela, S., Lindsberg, P.J., Palomäki, H., Rissanen, A., Roine, R.O., Sivenius, J., Vikatmaa, P. 2015c. Valtimovuotojen patofysiologia. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (toim.) Neurologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.2.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=neu00136

Kiesiläinen, A. 2016. Kommentointikierros 18.7.2016.

Klippi, A., Sellman, J., Heikkinen, P. & Laine, M. 2012. Current clinical practices in Aphasia Therapy in Finland: challenges in moving towards national best practice. Viitattu 19.4.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108446>

Koso, L. 2016a. Tupakointi aivoinfarktin riskitekijänä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02363#R3>

Koso, L. 2016b. Liikapaino ja aivoinfarktiriski. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02360>

Koso, L. 2016c. Alkoholin käyttö ja aivoinfarktiriski. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02362>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Porvoo.

Käypä hoito -suositus. 2016. Aivoinfarkti ja TIA. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50051>

Käypä hoito -suositus. 2008. Aivovammat. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi18020>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 17.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=itsem%C3%A4%C3%A4%C3%A4%C3%A4misoikeus#L2P3>

Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. M. Turun yliopisto.

Mustajoki, P., Ellonen, M. 2015. Verenohennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito). Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.6.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007

Ohtonen, M. & Räsänen, T. 2015. Puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.6.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/kommunikointi/puhetta-tukeva-ja-korvaava-kommunikointi>

Palomäki, H. & Koskinen, S. 2008. Aivovammapotilaan oirekuva ja kliiniset löydökset. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 28.4.2016. http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=kun00254&p_haku=Aivovammapotilaan

Poslawsky, I-E., Schuurmans, M-J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T-B. 2010. Journal of Clinical Nursing: A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. Viitattu 30.6.2016. <http://web.a.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=affaae7c-8259-4451-9c57-4c94a6d8346d%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107>

Rautakoski, P. 2005. Vaikeasti afaattisten henkilöiden ja heidän läheistensä kommunikointitaitojen kuntoutuminen: seurantalutkimus. Helsingin yliopisto. Viitattu 20.4.2016 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19796/vaikeast.pdf?sequence=2>

Real Statistics. Intraclass correlation. Viitattu 15.10.2016. <http://www.real-statistics.com/reliability/intraclass-correlation/>

Rinne, R. 2003. Ei-perinnöllinen, aikuisiän määrittämätön etenevä ataksiasairaus eli IDCA. Neuroliitto. Viitattu 24.6.2016. <http://www.neuroliitto.fi/idca>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62.

Seppänen, M. & Peltola, H. 2011. Enkefaliitti. Teoksessa Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S. & Vaara, M. (toim.) *Infektiosairaudet*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 28.4.2016. http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/avaa?p_artik-keli=isa03803&p_haku=enkefaliitti

Shrubsole, K., Worrall, L., Power, E. & O'Connor, D. 2016. Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines. Viitattu 21.4.2016. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02687038.2016.1143083>

Sulkava, R. 2016. Muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 28.4.2016. http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/avaa?p_artik-keli=ger00800&p_haku=Muistin

Terveyskirjasto a. Lääketieteen sanasto: perfuusio. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.6.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artik-keli=ltt02560&p_haku=perfuusio

Terveyskirjasto b. Lääketieteen sanasto: arteriovenoosi(nen) malformaatio. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.6.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artik-keli=ltt00276

Mustajoki, P. 2015. Aivokalvon alainen verenvuoto (SAV). Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.6.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00002

Teppo, L. 2012. Sanasto: fibrinoidi degeneraatio. Teoksessa Mäkinen, M., Carpén, O., Kosma, V-M., Lehto, V-P., Paavonen, T. & Stenbäck, F. (toim.) *Patologia*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.6.2016. <http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/pat00884>

Trochim, W., M., K. 2006. Types of reliability. Viitattu 15.10.2016. <http://www.socialresearchmethods.net/kb/reltypes.php>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 27.4.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Uusitalo, M., Laine, T. & Puumalainen, A. 2002. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) *Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Taulukot

Taulukko 1: Afasialuokat	8
Taulukko 2: LAST-kuvaus	13
Taulukko 3: Tiedonhaku afasiapotilaan hoitotyön suosituksista	19
Taulukko 4: Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä	20

Liitteet

Liite 1: Tutkijan taulukko	34
Liite 2: LAST-ohje.....	39
Liite 3: LAST	40
Liite 4: ART	44

Liite 1: Tutkijan taulukko

<p><u>Tutkimusartikkeli, kirjoittaja, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde</u></p> <p>Azuar, C., Leger, A., Arbizu, C., Henry-Amar, F., Chomel-Guillaume, S. 2013. The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test.</p>
<p><u>Tutkimustehtävä/tutkimusongelma</u></p> <p>Tutkimustehtävänä oli validoida akuuttitilanteeseen sopiva afasian statuksen muutoksen herkästi havaitseva seula.</p>
<p><u>Tutkimusmenetelmä</u></p> <p>Kaikki tutkittavat potilaat rekrytoitiin stroke-unitista. Tutkittavat olivat oikeakätisiä ihmisiä, joiden äidinkieli oli ranska. Seulan afasian ennustamiskykyä arvioitiin Aphasia Handicap Scoren avulla. Toistettavuutta testattiin 91 afasiapotilaalla viikon sisällä aivoinfarktista.</p>
<p><u>Tutkimusaineiston analysointi</u></p> <p>Tutkimustulokset analysoitiin käyttäen Medcalc for Windowsia.</p>
<p><u>Kysymykset</u></p> <p>Kuinka luotettavasti seula on toistettavissa?</p> <p>Kuinka hyvin kyseinen seula tunnistaa muutokset afasiapotilaan kommunikointikyvyssä?</p>
<p><u>Tutkimuksen tulokset</u></p> <p>ART on yksinkertainen, nopea ja toistettavissa oleva varhaisen afasian muutokset tunnistava seula akuuttipotilaille. Seula ennustaa hyvin kolmen kuukauden kommunikaatiotulosta. Testi on lisäksi helposti käännettävissä muille kielille.</p>

<p><u>Tutkimusartikkeli, kirjoittaja, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde</u></p> <p>Flamand-Roze, C., Falissard, B., Roze, E., Maintigneux, L., Beziz, J., Chacon, A., Join-Lambert, C., Adams, C., Denier, C. 2011. Validation of a new language screening tool for patients with acute stroke: the Language Screening Test (LAST).</p>
<p><u>Tutkimustehtävä/tutkimusongelma</u></p> <p>Tutkimustehtävänä oli luoda akuuttitilanteisiin sopiva kielenseulontatyökalu (LAST)</p>
<p><u>Tutkimusmenetelmä</u></p> <p>Seula validoitiin suorittamalla se 300 peräkkäisellä potilaalla 24 tuntia aivoinfarktista ja 104 tilalta vakiintuneelle potilaalla, joilla osalla oli ja osalla ei ollut afasiaa. Vertailukohtana käytettiin Boston Diagnosis Aphasia Evaluation:ia.</p>

<p><u>Tutkimusaineiston analysointi</u></p> <p>LAST validoitiin vertaamalla seulan tuloksia Boston Diagnosis Aphasia Evaluation:in tuloksiin.</p>
<p><u>Kysymykset</u></p> <p>Kuinka hyvin LAST havaitsee afasiaa akuuttivaiheessa sekä kroonistuneessa tilassa?</p>
<p><u>Tutkimuksen tulokset</u></p> <p>Kaksi eri LAST-versiota mittasivat yhtä hyvin afasian esiintyvyyttä (ICC 0,96) Ulkoinen validointi Boston Diagnosis Aphasia Evaluation:iin osoitti herkkyydeksi 0,98 ja spesifisyydeksi 1. Inter-rater oli lähes täydellinen (Interclass correlation coefficient, 0,998). Mediaaniaika seulan suorittamiseen oli kaksi minuuttia ja huomattavaa oli, että seulan suorittamiseen ei tarvita puheterapeuttia.</p>
<p><u>Tutkimusartikkeli, kirjoittaja, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde</u></p> <p>Granroth, K. 2009. Ohjauksen vaikutus afaattisen henkilön ja tämän läheisen viestintätaitoihin - viisi tapaustutkimusta. Tampereen yliopisto.</p>
<p><u>Tutkimustehtävä/tutkimusongelma</u></p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella Kommunikaatiokoulu-kurssilla annetun ohjauksen vaikutusta viiden afaattisen henkilön ja heidän läheistensä viestintätaitoihin.</p>
<p><u>Tutkimusmenetelmä</u></p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin Suomen Raha-automaattiyhdistyksen ja Pirkanmaan Aivohalvaus- ja afasiayhdistyksen toteuttaman Kommunikaatiokoulu-projektin (2006-2008) yhdeltä kurssilta Tampereella kevään 2008 aikana. Kommunikaatiokoulu-kurssille osallistui viisi afaattista henkilöä ja viisi heidän läheistään Pirkanmaan seudulta.</p>
<p><u>Tutkimusaineiston analysointi</u></p> <p>Toiminnallisen kommunikaation muutosta seurattiin CETI-mittarien (Communicative Effectiveness Index) avulla ja tutkittavien parien keskustelun rakenteiden muutosta tarkasteltiin keskusteluanalyttisesti tutkimalla vuorottelu- ja korjausjäsenyyttä kurssilla videoiduista näytteistä. Parien havainnointi- ja viestintätaitojen kehitystä seurattiin keräämällä aineistoa kurssin alussa ja lopussa.</p>
<p><u>Kysymykset</u></p> <p>1. Miten afaattisen henkilön ja läheisen arviot afaattisen henkilön toiminnallisesta kommunikaatioista muuttuvat kurssin myötä</p> <ol style="list-style-type: none"> Vastaavatko afaattisen henkilön ja läheisen arviot afaattisen henkilön toiminnallisesta kommunikaatiosta toisiaan ja ovatko muutokset samansuuntaisia? Keskittyvätkö muutokset samoille viestinnän osa-alueille?

2. Millaisia muutoksia keskustelun rakenteessa tapahtuu kurssin myötä?

- a. Miten keskustelu rakentuu ennen kurssia ja kurssin jälkeen vuorottelu- ja korjausjäsennyksen näkökulmasta?
- b. Ovatko afaattinen henkilö ja läheinen omaksuneet uusia viestintäkeinoja tai -strategioita

Tutkimuksen tulokset

Afaattisten henkilöiden läheiset tarvitsevat ohjausta ja koulutusta afaattisen henkilön kanssa keskusteluun. Ryhmämuotoinen ohjaus vahvisti läheisten ennalta hyviä taitoja ja tarjosi uusia toimintatapoja keskusteluun. Ohjaus ei kuitenkaan riittänyt syvään juurtuneiden toimintamallien murtamiseen, vaikka läheiset vaikuttivat oppineen uusia keinoja tukea afaattista keskustelukumppania.

Tutkimusartikkeli, kirjoittaja, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde

Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N. & Bernhardt, J. 2014. "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke.

Tutkimustehtävä/tutkimusongelma

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella hoitajien vuorovaikutusta kolmen potilaan - kahden afasiapotilaan ja yhden ei-afasiapotilaan - kanssa akuutilla stroke-osastolla ja siten selvittää yksityiskohtaisesti seurallisen ympäristön luonnetta.

Tutkimusmenetelmä

Kutakin kolmesta potilaasta videokuvattiin yhtäjaksoisesti 7,5 tuntia. Videotallenteen kaikki hoitajan ja potilaan väliset vuorovaikutustilanteet litteroitiin ortografisesti.

Tutkimusaineiston analysointi

Litteroitu aineisto analysoitiin diskurssianalyysin avulla käyttäen systeemiseen, toiminnalliseen, kielitieteelliseen viitekehykseen pohjautuvaa puhetoimintoanalyysiä.

Tutkimuksen tulokset

Hoitajat tekivät suurimman osan avausliikkeistä, käyttivät suljettuja kysymyksiä, hallitsivat keskustelua, eivätkä vuorovaikuttaneet yleisesti muihin asioihin kuin fyysiseen hoitoon. Afasiapotilaiden mahdollisuus käyttää jatkuvia tai kehittyviä liikkeitä oli rajallinen ja he useimmiten joutuivat suljetun kysymyksen ja yksinkertaisen vastauksen kaavaan. Tutkimuksessa tuli esiin myös hieman näyttöä hoitajien välittömästä korjaamisesta ja muutama hoitaja tuki käytettyjä keskustelustrategioita. Puhetoimintoanalyysissa tunnistetut kaavamaisuudet paljastivat afasiapotilaiden epäoikeutetun aseman verrattuna ei-afasiapotilaaseen, joka käytti laajemmin puhetoimintoja, mikä osoitti määrätietoisempaa vuorovaikutusta.

<p><u>Tutkimusartikkeli, kirjoittaja, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde</u></p> <p>Poslawsky, I-E., Schuurmans, M-J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T-B. 2010. Journal of Clinical Nursing: A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia</p>
<p><u>Tutkimustehtävä/tutkimusongelma</u></p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia todisteita afasiasta kärsivien aivoinfarktipotilaiden kuntoutuksesta sairaanhoitoon nähden keskittyen seuraaviin teemoihin: (1) afasian tunnistaminen, (2) puhe- ja kieli-interventioiden tehokkuus.</p>
<p><u>Tutkimusmenetelmä</u></p> <p>Julkaistut tutkimukset käytiin läpi keskittyen aivoinfarktin jälkeen afaattisten potilaiden tunnistamiseen ja hoitoon sairaanhoidon seurausten suhteen. Lisäksi tehokkaita puhe- ja kieli-interventioita koskeva aineisto yleistettiin sairaanhoidollisiin käytäntöihin sairaanhoidollisten interventioiden luokittelun näkökulmasta.</p>
<p><u>Tutkimusaineiston analysointi</u></p> <p>Tutkimusaineisto analysoitiin Cochranen systemaattisen arvioinnin käsikirjan mukaisesti.</p>
<p><u>Kysymykset</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuinka hoitajat voivat tunnistaa aivoinfarktipotilaan afasian? 2. Mitkä kieli- ja puheinterventiot ovat sopivia hoitotyössä?
<p><u>Tutkimuksen tulokset</u></p> <p>Intensiivinen puhe- ja kieliterapia, joka aloitettiin aivoinfarktin jälkeisessä akuutissa vaiheessa, osoitti parhaat kuntoutustulokset. Muut koulutetut henkilöt kuin puheterapeutit tarjosivat tehokkaita puhe- ja kieli-interventioita. Puhe- ja kieliterapia sisälsivät useita interventiotyyppejä, jotka yhdistyivät sairaanhoidollisten interventioiden luokitteluihin.</p>

<p><u>Tutkimusartikkeli, kirjoittaja, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde</u></p> <p>Rautakoski, P. 2005. Vaikeasti afaattisten henkilöiden ja heidän läheistensä kommunikointitaitojen kuntoutuminen: seurantatutkimus. Helsingin yliopisto.</p>
<p><u>Tutkimustehtävä/tutkimusongelma</u></p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää uudenlaisen, sopeutumisvalmennuskurssilla toteutetun toiminnallisen afasiakuntoutusmenetelmän ja läheisen ohjauksen vaikutusta afaattisten henkilöiden ja heidän läheistensä kommunikointitaitoihin.</p>
<p><u>Tutkimusmenetelmä</u></p>

Itsearviointikyselylomake kommunikointikyvystä 53 afaattiselta henkilöltä ja 52 läheiseltä keskustelukumppanilta kolmesti kymmenen kuukauden jaksoissa

Tutkimusaineiston analysointi

Tilastolliset analyysit tehtiin Windows-käyttöjärjestelmälle laaditulla SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences) -tilasto-ohjelmalla (versio 11.00; SPSS Inc. 2001).

Faktorianalyysi.

Regressioanalyysi.

Varianssianalyysi.

Kysymykset

1. Miten afaattisten kurssilaisten toiminnallinen kommunikointikyky ja kommunikoinnin vaivattomuus muuttuvat kommunikaatiokurssin aikana?

1.1. Miten afaattisten kurssilaisten toiminnallinen kommunikointikyky muuttuu ja eroavatko läheisten ja afaattisten kurssilaisten käsitykset tästä kommunikointikyvystä ja sen muutoksista?

1.2. Miten afaattisten kurssilaisten kokema kommunikoinnin vaivattomuus muuttuu?

2. Miten erilaisten kommunikointikeinojen käyttö muuttuu kommunikaatiokurssin aikana?

2.1. Miten afaattisten kurssilaisten erilaisten kommunikointikeinojen käyttö muuttuu ja eroavatko läheisten ja afaattisten kurssilaisten käsitykset näiden keinojen käytöstä ja niiden käytön muutoksista?

2.2. Miten läheisten käyttämien, kommunikoinnin tukemiseen tarkoitettujen keinojen käyttö muuttuu?

3. Miten afaattiset henkilöt ja läheiset kokevat hyötynensä kommunikaatiokurssista?

4. Mitkä ovat taustamuuttujien - sukupuolen, iän, sairastumisesta kuluneen ajan sekä afaattisten henkilöiden ja heidän läheistensä yhteydenpidon tiivyyden - yhteydet kommunikointikykyyn, erilaisten kommunikointikeinojen käyttöön, kommunikoinnin vaivattomuuteen, kurssista koettuun hyötyyn sekä näissä tapahtuneisiin muutoksiin?

5. Millaisia ovat kommunikointikykyjen, erilaisten kommunikointikeinojen käytön, kommunikoinnin vaivattomuuden ja kurssista koetun hyödyn sekä näissä seurannan aikana tapahtuneiden muutosten väliset yhteydet?

Tutkimuksen tulokset

Vaikeasta ja kohtalaisesta afasiasta kärsivien toiminnallinen kommunikointikyky parani ja he alkoivat kommunikoida spontaanimminkin kuin ennen kurssia. Keskustelukumppanit alkoivat tukea heidän kommunikaatiota enemmän, vaikkakin ajan mittaan lievemmin. Tulosten mukaan on tärkeää, että keskustelukumppanit osallistuvat afaatikon kuntoutukseen.

Liite 2: LAST-ohje

The test is administered on a simple sheet held in portrait orientation. The front side corresponds to the expression index with 5 pictures to be named facing the patient and the instructions facing the examiner. The other side corresponds to the receptive index with 8 pictures (4 to be indicated with a finger and 4 trap pictures) facing the patient and the instructions facing the examiner.

Each subtest is composed as follows:

“Naming” subtest: naming of 5 black-and-white pictures specially drawn for the test. The pictures were selected for their everyday familiarity (subjective verbal frequency) and for the image evoking value of the noun. Standard synonyms and abbreviations are accepted (alligator for crocodile, TV for television, etc). The maximum score is 5 points.

“Repetition” subtest: repetition of 1 concrete 4-syllable noun and 1 8-word sentence containing 11 syllables and 3 consonantal groups. One self-correction is accepted. The maximum score is 2 points, 1 for the isolated word and 1 for the sentence.

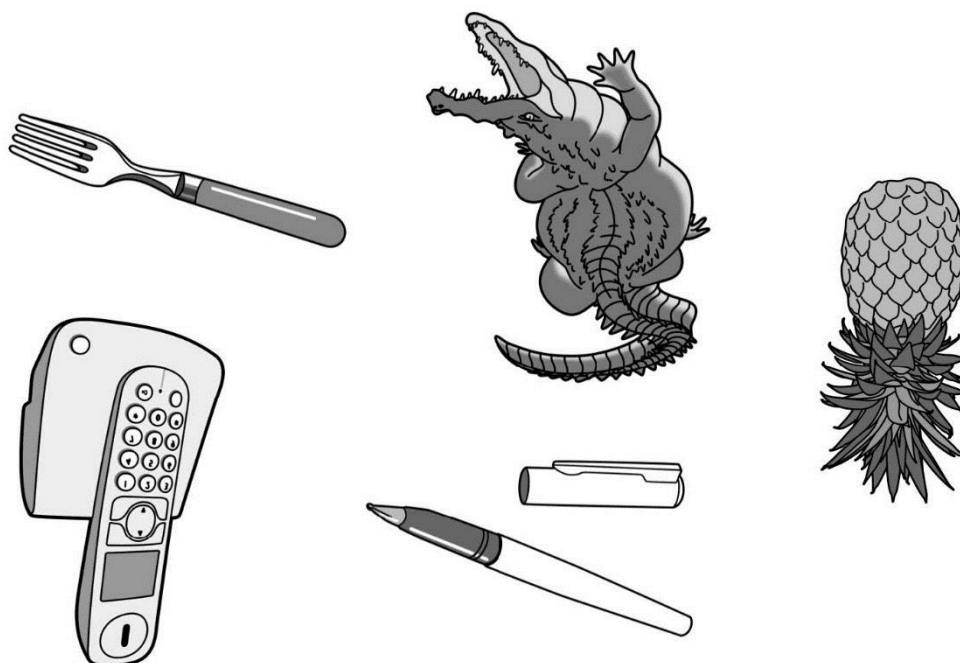
“Automatic speech” subtest: the patient counts from 1 to 10. No mistakes or omissions are accepted. The score is 1 or 0.

“Picture recognition” subtest: recognition of 4 black-and-white pictures drawn specially for the test and selected for their high image-evoking value and sorted by their subjective verbal frequency. This subtest includes 2 phonologic traps (close and distant), 1 semantic and 1 visual. The maximum score is 4.

“Verbal instructions” subtest: execution of 3 verbal orders—simple, semicomplex, and complex—involving the use of part of the body or simple objects in the room. The patient is asked to precisely execute the verbal order. The maximum score is 3.

(Flamand-Roze ym. 2011a)

Liite 3: LAST

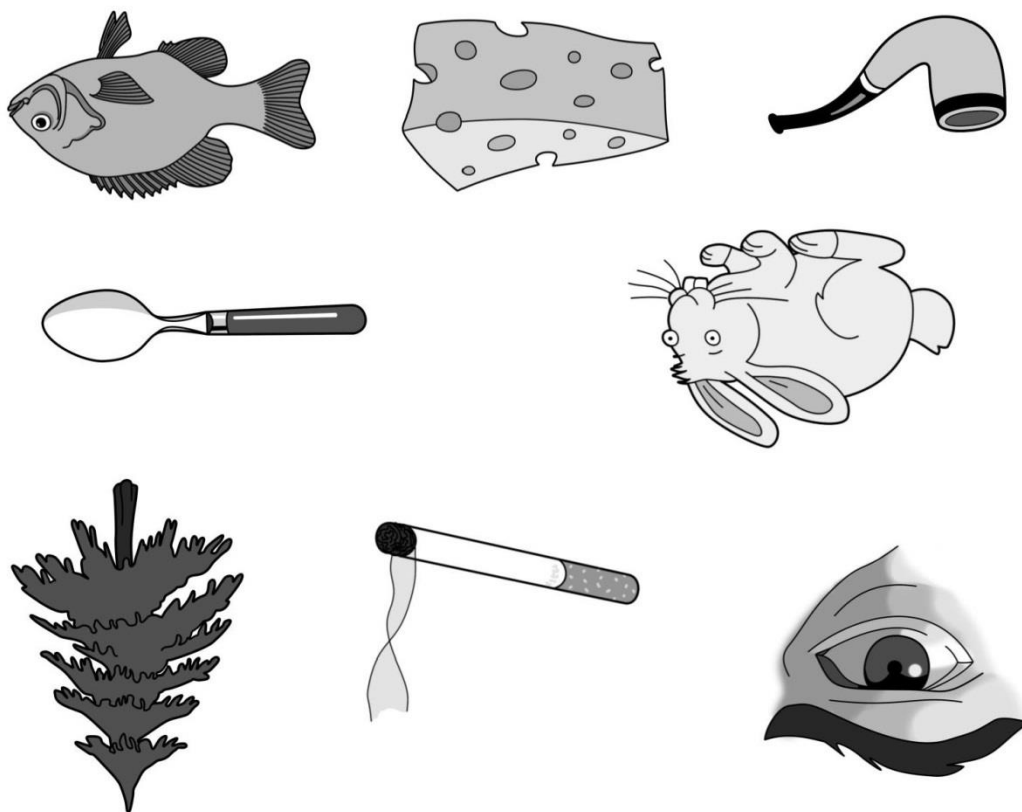


Language Screening Test
LAST-a

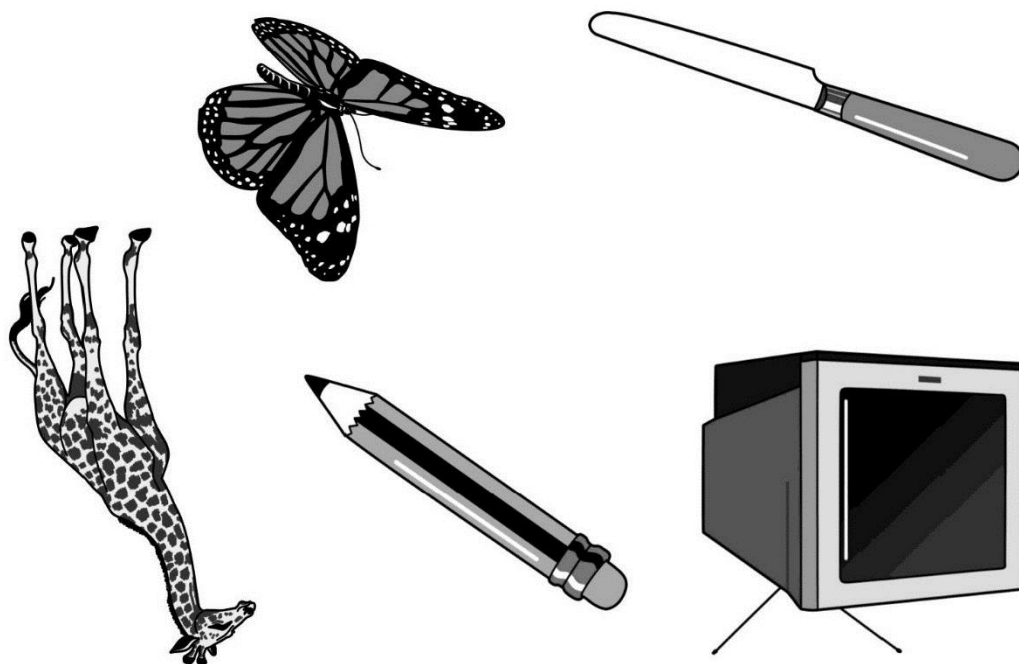
Patient's name

Date : ____/____/____

Expression index		SCORE	
Naming	Phone	/1	
	Pineapple	/1	
	Pen	/1	
	Crocodile	/1	
	Fork	/1	
	<i>Naming Score</i>		/5
Repetition	Mathematics	/1	
	The postman brings a letter to my neighbor	/1	
	<i>Repetition Score</i>		/2
Automatic Speech	Count from 1 to 10	/1	
	<i>Automatic speech Score</i>		/1
Expression index Score			/8



Receptive index		Score	
Picture recognition	Rabbit	/1	
	Spoon	/1	
	Cigarette	/1	
	Eye	/1	
	<i>Picture recognition score</i>		/4
Verbal instructions	« Point at the ceiling »	/1	
	« Don't take the drinking-glass but the pen »	/1	
	« Put a hand on your head, then a finger on your nose »	/1	
	<i>Verbal instruction score</i>		/3
Receptive index score		/7	
LAST TOTAL SCORE		/15	

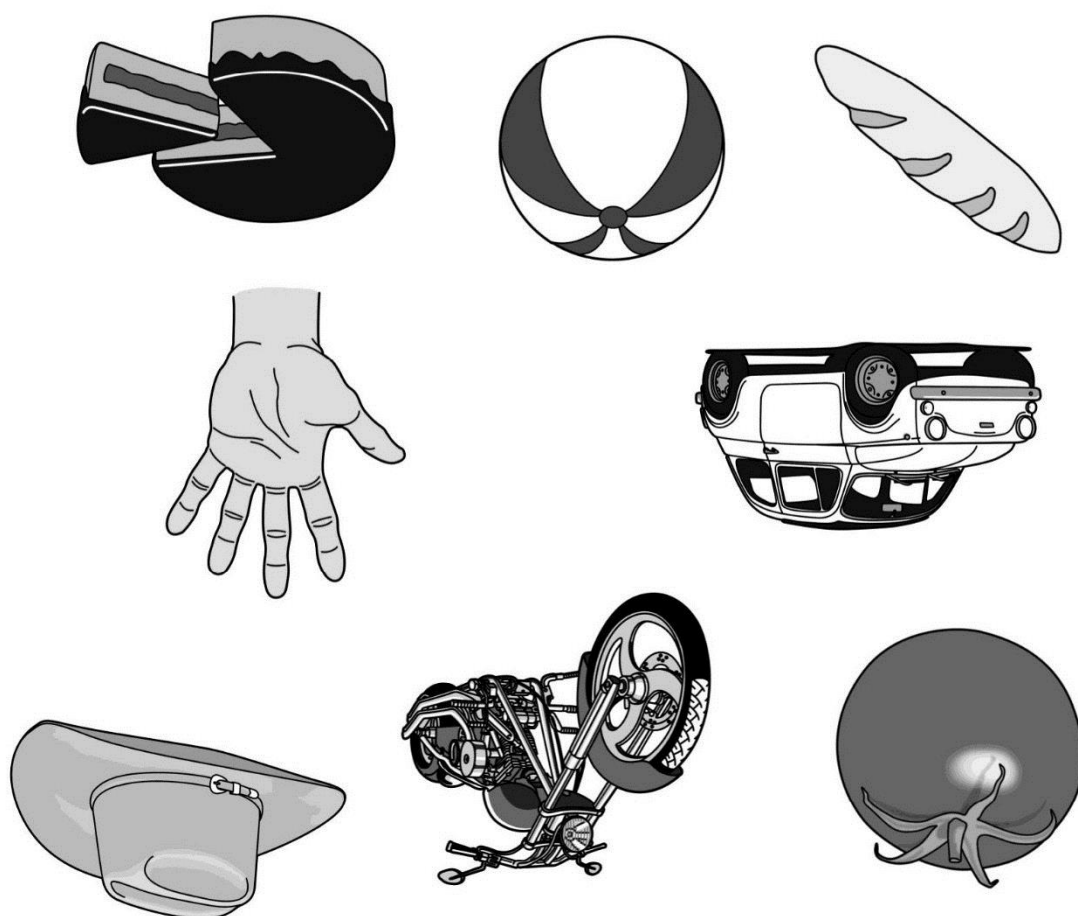


Language Screening Test
LAST-b

Patient's name

Date : ___/___/___

Expression index		SCORE	
Naming	Pencil	/1	
	Television	/1	
	Giraffe	/1	
	Knife	/1	
	Butterfly	/1	
	<i>Naming Score</i>		/5
Repetition	Literature	/1	
	Vacationers would like strawberry ice-cream	/1	
	<i>Repetition Score</i>		/2
Automatic Speech	Count from 1 to 10	/1	
	<i>Automatic speech Score</i>		/1
Expression index Score			/8



Receptive index		Score	
Picture recognition	Hat	/1	
	Hand	/1	
	Car	/1	
	Tomato	/1	
	<i>Picture recognition score</i>		/4
Verbal instructions	« Point at the floor »	/1	
	« Don't take the leaf but the key »	/1	
	« Touch one of your ears with one finger, then your forehead with two fingers »	/1	
	<i>Verbal instruction score</i>		/3
Receptive index score		/7	
LAST TOTAL SCORE		/15	

(Flamand-Roze ym. 2011b)

Liite 4: ART

Instructions	Score
1a. Execution of simple orders: «Open and close your eyes» «Give me your left hand»	0 = performs both tasks correctly. 1 = performs one task correctly. 2 = performs neither task correctly.
1b. Execution of a complex order: «Put your left hand on your right ear»	0 = performs the task in less than 10 s. 1 = performs the task in more than 10 s or requires the order to be repeated. 2 = performs the task partially: moves the hand across the median line or performs the task on the wrong side. 3 = does not perform the task: does not move the hand across the median line or does not move at all.
2. Repetition of words: 2a. « button» 2b. « macaroon» 2c. « luggage»	Each word scores from 0 to 2 (total 0-6), as follows: 0 = normal repetition. 1 = abnormal repetition but the word is correct and recognizable by the examiner *. 2 = non-repetition or unrecognizable word *. <i>*Note: Phonemic, apraxic or pronunciation errors can be scored 1 if the word is recognizable by the examiner, or 2 if the word is unrecognizable.</i>
3. Repetition of a sentence: «The boy is singing in the woods.»	0 = normal repetition. 1 = abnormal repetition but the sentence is recognizable by the examiner *. 2 = non-repetition or unrecognizable sentence*. <i>*Note: Phonemic, apraxic or pronunciation errors can be scored 1 if the sentence is recognizable by the examiner, or 2 if the sentence is unrecognizable.</i>
4. Object naming: 4a. « watch» 4b. « pen»	0 = normal naming. 1 = abnormal naming but the word is correct and recognizable by the examiner.*

4c. « coat »	2 = wrong naming or unrecognizable word. * <i>*Note: Phonemic, apraxic or pronunciation errors can be scored 1 if the word is recognizable by the examiner. An unrecognizable word or lexical error must be scored 2.</i>
5. Scoring of dysarthria:	0 = normal. 1 = minor dysarthria. 2 = moderate dysarthria: patient can be understood. 3 = severe dysarthria: unintelligible speech.
6. Verbal semantic fluency task: «Name as many animals as you can in one minute. »	0 = more than fifteen words. 1 = between eleven and fifteen words. 2 = between six and ten words. 3 = between three and five words. 4 = between zero and two words.
Total Score	/26

(Azuar ym. 2013)